

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR / TEORI

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

A. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah suatu mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari Ovulasi (pematangan sel) lalu pertemuan Ovum (sel telur) dan spermatozoa (Sperma) terjadilah pembuahan dan pertumbuhan. Zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus dan pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai term. (Manuaba, 2012)

Masa Kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum kemudian dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. (Lilis Wiana Badria, 2018)

B. Fisiologi Kehamilan

1. Klasifikasi Usia Kehamilan

Kehamilan diklasifikasikan dalam 3 trimester yaitu :

- a. Trimester I (satu), dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0- 12minggu).
- b. Trimester II (dua), dari bulan ke 4 sampai 6 bulan (13-27 minggu).
- c. Trimester III (tiga), dari bulan ke 7 sampai 9 bulan (28-40 minggu)

C. Perubahan Anatomi Dan Adaptasi Fisiologis Pada Kehamilan

a. Perubahan pada sistem reproduksi

1) Uterus

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Rahim yang tidak hamil kira-kira sebesar telur ayam, dan pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk rahim seperti buah alpukat, pada kehamilan 2 bulan sebesar telur bebek, pada kehamilan 3 bulan seperti telur angsa, pada kehamilan 4 bulan rahim berbentuk bulat, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur.

2) Dinding perut

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan yang menyebabkan robeknya serabut elastik dibawah kulit sehingga timbul striae gravidarum. Jika terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada hidramnion dan kehamilan ganda, dapat terjadi dilatasi recti, bahkan hernia. Kulit perut pada linea alba, bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra.

3) Indung telur (Ovarium)

Pada saat kehamilan, ovulasi terhenti sedangkan korpus luteum graviditas masih ada sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran esterogen dan progesteron.

4) Vagina dan Vulva

Terjadi perubahan pada vagina dan vulva disebabkan pengaruh esterogen. Vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livide pada vagina dan porsio serviks disebut tanda chadwick hal ini disebabkan hipervaskularisasi.

b. Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama cairan berwarna kekuningan yang disebut kolustrum dapat keluar. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolactininhibitinghormone.

Setelah persalinan kadar progesteron dan esterogen akan menurun sehingga pengaruh inhibisi progesteron terhadap laktalbulmin akan hilang. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu. Pada bulan yang sama areola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar sebacea dari areola akan lebih besar dan cenderung untuk menonjol keluar. Ukuran payudara sebelum kehamilan tidak mempunyai hubungan dengan banyaknya air susu yang dihasilkan.

c. Sistem perkemihan

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga

menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uteus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali.

d. Sistem respirasi

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek napas. Hal itu disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru sedikit meningkat selama hamil.

e. Sistem digestivus

Pada trimester pertama, salivasi meningkat dan timbul keluhan mual dan muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Reabsorpsi makanan baik, tetapi akan timbul obstipasi. Gejala muntah (emesis gravidarum) sering terjadi, biasanya pada pagi hari sehingga disebut sakit pagi (morningsickness).

f. Sistem endokrin

Pada saat kehamilan aterm, hormon prolaktin akan meningkat 10 kali lipat. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasinya padaplasma akan menurun. Hal ini juga

ditemukan pada ibu-ibu yang menyusui. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Kelenjar adrenal pada kehamilan normal akan mengecil, sedangkan hormon androstenedion, testosteron, dioksikortikosteron, akan meningkat. Sementara itu, dehidroepiandrosteron sulfat akan menurun.

g. Sistem kardiovaskuler

Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi terlentang. Penekanan vena kava inferior ini akan mengurangi darah balik vena ke jantung. Akibatnya, terjadinya penurunan preload dan cardiac output sehingga akan menyebabkan terjadinya hipotensi arterial yang dikenal dengan sindrom hipotensi supine dan pada keadaan yang cukup berat akan mengakibatkan ibu kehilangan kesadaran. Volume darah akan meningkat secara progresif mulai minggu ke 6-8 kehamilan dan mencapai puncaknya pada minggu ke 32-34 dengan perubahan kecil setelah minggu tersebut. Hal ini dipengaruhi oleh progesteron dan estrogen pada ginjal yang diinisiasi oleh jalur renin-angiotensin dan aldosteron. Penambahan volume darah ini sebagian besar berupa plasma dan eritrosit.

h. Sistem metabolik

Penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg.

D. Perubahan Psikologis Pada Wanita Hamil

a. Pada kehamilan Trimester I

Pada masa ini ibu hamil biasanya merasakan kekecewaan, penolakan kecemasan, dan kesedihan akibat ketidaknyamanan yang mulai dirasakan ibu. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama. Hasrat untuk melakukan hubungan seks pada wanita trimester I berbeda-beda, biasanya banyak mengalami penurunan. Hal ini dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara dan kekhawatiran.

b. Pada kehamilan Trimester II

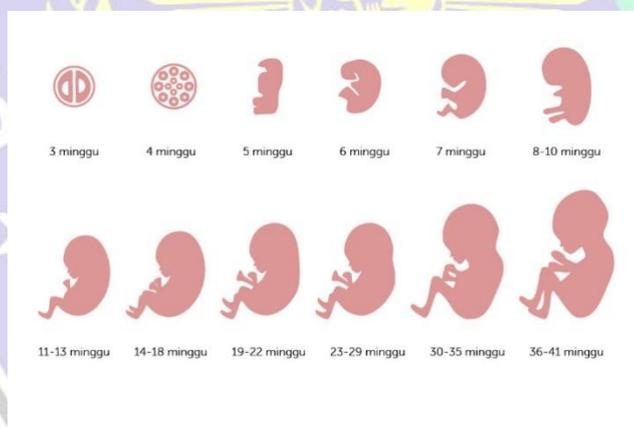
Pada masa ini ibu hamil mulai merasa sehat dan mengharapkan bayinya. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Biasanya libido mulai meningkat kembali karena sudah merasa lepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti dirasakan pada trimester I.

c. Pada kehamilan Trimester III

Pada masa ini ibu hamil biasanya mulai mengkhawatirkan mengenai proses persalinan, serta kekhawatiran akan kondisi bayinya. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali, merasa diri aneh, jelek, merasa kehiangan perhatian, serta gangguan bodyimage. Pada trimester ini, ibu hamil memerlukan dukungan dari suami, keluarga dan bidan.

E. Tahap Perkembangan Janin

Pertumbuhan janin pada kehamilan dapat dibedakan dalam minggu atau bulan.



Gambar 2.1 Tahap Perkembangan Janin

Sumber : Alodokter.com

Biasanya kehamilan dibagi atas tiga periode yang tiap peridodenya terdiri dari tiga bulan yang disebut trimester, yaitu trimester pertama antara 0-12 minggu, trimester ke-2 antara 12-28

minggu, dan trimester ke-3 antara 28-42 minggu. Pada Trimester tiga kehamilan, hipertrofi janin terjadi pada trimester ke-3 kehamilan, kekurangan asupan gizi pada fase ini berakibat pada berat badan yang tidak optimal pada bayi. Pada bulan ke-7 terjadi kenaikan berat janin $\frac{1}{2}$ -1 ons per hari, di usia ini janin berukuran 25-30 cm dengan berat sekitar 10 ons. Bayi sudah dapat hidup di dunia luar, meskipun mungkin hanya bertahan hidup tidak besar. Di usia 8-9 bulan berat janin bertambah mencapai 1 ons per hari dan terjadi penyimpangan zat gizi. Saat 8 bulan, janin berukuran 40-43 cm dengan berat sekitar 1800-2000 gram. Janin (bayi) akan mempunyai tanduk pada bulan ke-37 sampai 42 minggu atau saat memasuki usia 9 bulan. Bayi berat lahir cukup memiliki berat badan sekitar 2.500 sampai 4.000 gram dan panjang badan sekitar 46 sampai 55 cm. Bayi yang tumbuh dengan baik dan saat lahir memiliki beberapa ciri, yaitu kulit halus, tidak berwarnakuning, organ sempurna, rambut tumbuh dengan baik. (Isnaeni, 2012)

F. Tinggi Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan

Menurut Mc. Donald untuk menilai umur kehamilan dapat diperhitungkan dengan melakukan pengukuran jarak simfisis pubis ke fundus uteri. Kemungkinan akurasi penentuan umur kehamilan dengan menggunakan

pengukuran TFU dalam centimeter/teknik Mc. Donald adalah 56% (Rosenberg et al), 86% (Belizan et al). Teknik pengukuran yang paling tepat adalah dengan cara menempatkan titik nol pada pinggir atas simfisis dan titik tertinggi pada fundus uteri, dengan meminimalkan menekan fundus terlalu kuat, tetapi mengupayakan memfiksasi titik tertinggi fundus. Upaya meminimalisir bias dan memastikan obyektifitas dapat dilakukan dengan cara melakukan pengukuran menggunakan metlin, maka metlin dibalik tidak pada ukuran satuan cm tetapi pada ukuran inchi. Supaya menghindari subyektifitas pengukuran, karena pengukuran mengetahui indikator normal TFU dalam cm berdasarkan usia kehamilan.

Tujuan pengukuran TFU Mc. Donald adalah:

- 1) untuk mengetahui usia kehamilan,
- 2) untuk menentukan taksiran berat janin (TBJ) berdasarkan TFU.

Menentukan usia kehamilan berdasarkan TFU dapat menggunakan 2 jenis rumus sebagai berikut:

1. Rumus Bartholomew; Antara simfisis pubis dan pusat dibagi menjadi 4 bagian yang sama, maka tiap bagian menunjukkan penambahan 1 bulan. Fundus uteri terabatepat di simfisis umur kehamilan 2 bulan (8 minggu). Antara

pusat sampai proses susxifoideus dibagi menjadi 4 bagian dan tiap bagian menunjukkan kenaikan 1 bulan. Tinggi fundus uteri pada umur kehamilan 40 minggu (bulan ke-10) kurang lebih sama dengan umur kehamilan 32 minggu (bulan ke-8).

2. Rumus Mc Donald; Tinggi Fundus uteri diukur dengan metlin.

Tinggi fundus uteri dikalikan 2 dan dibagi 7 diperoleh umur kehamilan dalam bulan obstetrik dan bila Tinggi Fundus Uteri dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu. Hal ini dapat dilihat pada gambaran rumus sebagai berikut:

$$a. \text{TFU (cm)} \times \frac{2}{7} \text{ (atau } + 3,5) = \text{umur kehamilan dalam bulan}$$

$$b. \text{TFU (cm)} \times \frac{8}{7} = \text{umur kehamilan dalam minggu}$$

Hasil pengukuran TFU dalam cm juga dipergunakan untuk menghitung taksiran berat janin.

Taksiran ini hanya berlaku untuk janin dengan presentasi kepala.

RumusnyaperhitungantaksiranberatjaninmenurutRumusLoh

sonadalahsebagai berikut: Tinggi fundus uteri (dalam cm-n)

$\times 155 = \text{berat (gram)}$. Bila kepala belum masuk panggul maka

$n = 12$, jika kepala sudah masuk panggul maka $n = 11$.

Cara mengukur tinggi fundus uteri dalam cm:

1. Menggunakan Alat Ukur Caliper
 Caliper digunakan dengan meletakkan satu ujung pada tepi atas simfisis pubis dan ujung yang lain pada puncak fundus. Kedua ujung diletakkan pada garis tengah abdominal, melewati garis tengah abdomen. Ukuran kemudian dibaca pada skala cm (centimeter) yang terletak ketika 2 ujung caliper bertemu. Ukuran diperkirakan sama dengan minggu kehamilan atau ± 2 cm dari umur kehamilan dalam minggu, setelah umur kehamilan 20-24 minggu.,

2. Menggunakan Pita Ukur Pita ukur merupakan metode akurat kedua dalam pengukuran TFU setelah 20-24 minggu kehamilan. Titik nol pita pengukur diletakkan pada tepi atas simfisis pubis dan pita pengukur ditarik melewati garis tengah abdomen sampai puncak. Hasil dibaca dalam skala cm, estimasi ukuran yang terukur diperkirakan sama dengan jumlah minggu kehamilan atau ± 2 cm dari umur kehamilan, setelah umur kehamilan 20-24 minggu kehamilan.

3. Menggunakan Pita Ukur dengan Metode Berbeda

Berikut ini merupakan tabel nilai normal TFU sesuai umur kehamilan, untuk memantaupertumbuhan janin :

Tabel 2.1 Nilai Normal TFU Sesuai Umur Kehamilan, Untuk Memantau Pertumbuhan Janin:

Umur Kehamilan	TFU (cm)	TFU Leopold 1
12 minggu	-	3 jari di atas simfisis
16 minggu	-	Pertengahan antara simfisis dan pusat
20 minggu	20 cm (+/- 2 cm)	3 jari di bawah pusat
22-27 minggu	Umur Kehamilan dalam minggu = cm (+/- 2 cm)	sepusat
28 minggu	28 cm (+/- 2 cm)	3 jari di atas pusat
29-35 minggu	Umur Kehamilan dalam minggu = cm (+/- 2 cm)	Pertengahan pusat dengan PX
36 minggu	Umur Kehamilan dalam minggu = cm (+/- 2 cm)	Setinggi PX
40 minggu	Umur Kehamilan dalam minggu = cm (+/- 2 cm)	3 jari di bawah PX

Sumber : (Saifudin, 2010)

G. Masalah Dan Ketidaknyamanan Ibu Hamil TM III

Masalah dan ketidaknyamanan pada ibu hamil yang biasanya sering terjadi yaitu :

a. Sering buang kecil (BAK)

Sering buang air kecil (BAK) biasanya mulai muncul pada TM I dan TM III. Hal ini disebabkan oleh tekanan uterus atau rahim pada kandung kemih. Perlu berhati-hati apabila terdapat tanda infeksi saluran kemih seperti sakit ketika berkemih (disuria), dan kencing sedikit dan nyeri (oliguria < 30 cc/jam).

b. Keputihan

Keputihan merupakan hal yang paling sering muncul saat kehamilan, dikarenakan menebalnya selaput lendir atau mukosa vagina. Peningkatan produksi lendir dan kelenjar organ kewanitaan disebabkan oleh meningkatnya hormon progesteron. Tanda bahaya yang perlu diwaspadai ibu hamil dengan keputihan yaitu, keputihan sangat berbau busuk, banyak, dan berwarna kuning atau abu-abu atau hijau. Untuk mencegah terjadinya infeksi maka ibu perlu menjaga personal hygiene seperti cuci kemaluan setiap selesai berkemih dan defekasi dengan air yang bersih dari arah atas ke bawah kemudian keringkan dengan tissue atau handuk bersih dan kering pribadi. Ganti celana dalam

setiap terasa lembab atau basah dan mengenakan celana dalam yang terbuat dari katun.

c. Konstipasi

Konstipasi atau sulit buang air besar (BAB) biasanya mulai terjadi TM II dan TM III. Penyebabnya yaitu peningkatan kadar progesteron yang menyebabkan peristaltik usus mengembang, peningkatan aktivitas usus karena relaksasi usus halus, penyerapan air di kolon meningkat, dan tekanan dari uterus yang membesar pada usus. Perlu diwaspadai apabila terdapat nyeri hebat di perut, tidak dapat buang angin atau flatus, tidak defekasi lebih dari 5 hari.

d. Bengkak pada kaki

Bengkak pada kaki sering terjadi pada TM II dan TM III. Penyebabnya yaitu peningkatan kadar natrium disebabkan oleh pengaruh hormonal, peningkatan sirkulasi darah pada ekstermitas bawah (kaki), dan tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelviks ketika duduk atau vena kava inferior ketika berbaring. Perlu diwaspadai apabila muncul pada muka dan tangan (apabila bengkak pada muka dan tangan, dicurigai terjadi preeklampsia), dan apabila bengkak disertai dengan protein dan hipertensi.

c. Sesak napas

Sering terjadi pada TM II dan TM III. Hal ini disebabkan oleh, tekanan bayi yang berada di bawah diafragma menekan paru ibu, dan akibat dari pembesaran uterus yang menghalangi pengembangan paru secara maksimal.

d. Hemoroid

Hemoroid atau wasir sering terjadi pada ibu hamil TM II dan TM III. Penyebabnya yaitu pembuluh darah di daerah anus membesar dan tekanan kepala terhadap vena rektum semakin meningkat seiring semakin membesarnya janin.

H. Kebutuhan Ibu Hamil

1. Kebutuhan nutrisi

Wanita hamil sebaiknya makan diet yang seimbang, menyediakan perawatan yang mencukupi, memeriksakan hemoglobindalam darah dan memperoleh resep tablet yang mengandung zat besi. Berikut beberapa fungsi atau manfaat dari kebutuhan nutrisi ibu hamil :

- a. Sumber protein Protein yang dikonsumsi ibu hamil dapat berfungsi membentuk jaringan tubuh yang menyusun struktur organ seperti tulang dan otot,

pembentukan sel darah merah dan tumbuh kembang janin agar berlangsung optimal.

b. Sumber lemak Lemak merupakan sumber energi yang vital untuk pertumbuhan jaringan plasenta dan janin. Lemak disimpan sebagai cadangan tenaga untuk persalinan dan postpartum. Selain itu, lemak juga dapat membantu proses pembentukan ASI.

c. Sumber karbohidrat Karbohidrat merupakan sumber tambahan energi yang dibutuhkan bagi pertumbuhan dan perkembangan janin selama dalam kandungan. Pada TM I dapat membantu pembentukan sel darah merah, sedangkan pada TM II dan TM III membantu persiapan tenaga ibu dalam proses persalinan.

d. Sumber vitamin

a) Vitamin A berperan dalam pergantian sel baru pada semua jaringan tubuh dan sel saraf, pembentukan tulang, gigi, mencegah cacat bawaan dan sistem kekebalan tubuh ibu hamil.

b) Vitamin C berfungsi menyerap zat besi untuk mencegah anemia, memperkuat pembuluh darah untuk mencegah perdarahan. Meningkatkan sistem kekebalan tubuh, memperbaiki jaringan tubuh yang rusak.

- c) Vitamin D diperlukan untuk penyerapan kalsium.
- d) Vitamin E berfungsi untuk menjaga struktur dan fungsi komponen-komponen sel tubuh ibu dan janin, pembentukan sel darah merah, dan sebagai oksidan untuk melindungi sel tubuh dari kerusakan.

2. Kebutuhan istirahat

Wanita hamil menjadi lebih mudah letih atau tertidur lebih lama dalam separuh masa kehamilannya. Rasa letih meningkat ketika mendekati akhir kehamilan. Sehingga dibutuhkan waktu untuk relaksasi bagi ibu hamil.

3. Kebutuhan personal hygiene

Saat kehamilan ibu hamil sangat rentan mengalami infeksi akibat penularan bakteri ataupun jamur. Oleh karena itu, ibu hamil perlu menjaga kebersihannya secara keseluruhan mulai dari ujung kaki sampai rambut termasuk halnya pakaian hamil. Mengganti pakaian dalam sesering mungkin sangatlah dianjurkan karena selama kehamilan keputihan pada vagina meningkat dan jumlahnya bertambah disebabkan kelenjar leher rahim bertambah jumlahnya.

4. Kebutuhan seks

Beberapa wanita lebih menginginkan senggama yang sering selama hamil, sementara yang lain justru ingin mengurangi. Alasan berkurangnya minat seksual yang dialami banyak wanita hamil khususnya dalam minggu-minggu terakhir kehamilan, tidak jelas. Beberapa wanita merasa takut dengan berpikir bahwa senggama dapat merusak bayinya atau menyebabkan kelahiran tidak normal dan alasan terbanyak yaitu karena timbulnya ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu hamil.

I. Tanda Bahaya Kehamilan

a. Perdarahan

Perdarahan vagina dalam kehamilan adalah jarang yang normal. Pada masa awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit atau spotting disekitar waktu pertama terlambat haid. Hal ini karena terjadinya implantasi. Pada waktu lain dalam kehamilan, perdarahan ringan mungkin pertanda dari serviks yang rapuh (erosi), mungkin normal atau disebabkan oleh infeksi. Perdarahan yang sering terjadi yaitu diakibatkan oleh plasenta previa dan solusio plasenta.

b. Sakit kepala hebat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat, menetap, dan tidak hilang dengan beristirahat.

c. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri perut yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat bisa berarti appendicitis, abortus, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis dan infeksi kandung kemih.

d. Keluar cairan pervaginam

Jika ibu mengeluarkan cairan tidak terasa, berbau amis, dan warna putih keruh, berarti yang keluar adalah cairan ketuban, jika kehamilan tidak cukup bulan, waspada terjadinya persalinan preterm dan komplikasi intrapartum.

e. Anemia

Pengaruh anemia pada kehamilan dapat terjadi abortus, partus prematurus, IUGR, infeksi, hiperemesis gravidarum, dan lain-lain. Untuk menegakkan diagnosis anemia kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa serta ditunjang dengan pemeriksaan kadar haemoglobin. Dikatakan anemia ringan yaitu 9-10 gr %, anemia sedang 7-8 gr %, anemia berat <7 gr%

(Jannah, 2012). Sedangkan pada anamnesa akan didapatkan keluhan seperti sering pusing, mata berkunang-kunang, dan keluhan mual muntah lebih hebat pada hamil muda serta mengalami 5 L yaitu letih, lemah, lesu, lelah dan lunglai. Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III. Dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami anemia, maka dilakukan pemberian preparat Fe sebanyak 90 tablet pada ibu hamil.

f. Gerakan janin berkurang

Kesejahteraan janin dapat diketahui dari keaktifan gerakannya. Minimal adalah 10 kali dalam 24 jam, jika kurang dari itu, maka waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim, misalnya asfiksia janin sampai kematian janin.

J. Kunjungan Kehamilan

Untuk mengantisipasi masalah-masalah yang muncul saat kehamilan, semua ibu hamil wajib melakukan Pemeriksaan ANC yang adekuat di fasilitas kesehatan. ANC adalah pemeriksaan kehamilan secara rutin yang bertujuan untuk memeriksa kondisi ibu dan janin, mengawal agar kehamilan dapat berjalan normal dan mempersiapkan persalinan. Pada tahun 2016, kunjungan pemeriksaan kehamilan dengan standar 8 kali kunjungan sebagai

upaya menurunkan angka kematian perinatal dan kualitas perawatan pada ibu. 8 kali kunjungan antenatal care ditetapkan berdasarkan riset dan meliputi kontak pertama dengan petugas kesehatan pada umur kehamilan \pm 12 minggu, kedua pada umur kehamilan \pm 20 minggu, kontak ketiga pada umur kehamilan \pm 26 minggu, kontak ke empat umur kehamilan \pm 30 minggu, kontak ke lima umur kehamilan \pm 34 minggu, kontak ke enam umur kehamilan \pm 36 minggu, kontak ke tujuh umur kehamilan \pm 38 minggu dan kontak ke delapan pada umur kehamilan 40 minggu (WHO, 2016). Selain itu selama kehamilan juga harus dilakukan pelayanan ANC yang berkualitas seperti berikut :

1. Memberikan pelayanan dan konseling kesehatan, termasuk gizi, agar kehamilan berlangsung sehat.
2. Melakukan deteksi dini masalah, penyakit, dan penyulit atau komplikasi kehamilan
3. Menyiapkan persalinan yang bersih dan aman.
4. Merencanakan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit atau komplikasi.
5. Melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.

6. Melibatkan ibu dan keluarga terutama suami dalam menjaga kesehatan ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bilaterjadi penyulit atau komplikasi.

Standar pemeriksaan kehamilan 14T :

1. Tinggi Badan dan Berat Badan
2. Tekanan Darah
3. Tinggi fundus uteri
4. Status Imunisasi TT

Setiap ibu hamil harus mendapatkan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) untuk mencegah bayi mengalami tetanus neonatorum.

Tabel 2.2

Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid

Imunisasi	Interval	Lama Perlindungan	Prosentase Perlindungan
TT 1	Padakunjungan ANC pertama	3 tahun	

TT 2	4 mggsetelah TT 1	3 tahun	80%
TT 3	6 bln setelah TT 2	5 tahun	95%
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	99%
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun/seum ur hidup	99%

Sumber : (Enny Fitriahadi. S.Si.T.M.Kes, 2017)

5. Tablet FE (minimal 90 Tablet)

6. Tes HB

7. Tes protein urine

8. Tes urine reduksi

9. Tekanpijatpayudara

10. Tingkat kebugaran (senam hamil)

11. Tes VDRL (Pemeriksaan Veneral Disease Research Laboratory)

12. Temuwicara

13. Terapi Yodium (Endemic Gondok)

14. Terapi Malaria (Endemic)

I. Pelayanan Kebidanan ANC saat Pandemi

- a. Bila tidak ada keluhan, bumil diminta menerapkan isi buku KIA dirumah. Segera ke fasyankes jika ada keluhan / tanda bahaya
- b. Ibu membuat janji melalui Telepon/WA, ANC pada trimester pertama 1x kolaborasi dengandr.SPoGutk pemeriksaankesehatan.
- c. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar dgn kewaspadaan Covid-19. Dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kadestentang status ibu (ODP/PDP, Covid +)
- d. ANC dilakukan sesuai standar (14 T) dgn APD level 1. Lakukan skrining faktor resiko. Jika ditemukan faktor resiko rujuk sesuai standar.
- e. Ibu hamil pendamping dan tim kesehatan yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan covid-19
- f. Tunda kelas Ibu hamil / dilakukan secara online
- g. Konsultasi kehamilan, KIE dan Konseling dapat dilakukan secara online (Pandu pengisian P4K). (Nurjismi, 2020).

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Pefbrianti, 2015)

Menurut WHO, persalinan normal adalah persalinan yang dimulai secara spontan (dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir), beresiko pada awal persalinan dan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 sampai 42 minggu setelah persalinan ibu dan bayi dalam kondisi baik.

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan

pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. (Kemenkes RI, 2016)

B. Jenis Persalinan

Jenis Persalinan

Menurut (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

1. Jenis persalinan berdasarkan bentuk persalinan

- 1) Persalinan Spontan : Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- 2) Persalinan Buatan : Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.
- 3) Persalinan Anjuran : Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin

2. Jenis persalinan menurut usia kehamilan

- 1) Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gr.

2) Partus immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.

3) Partus prematurus

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan 2499 gram.

4) Partus maturus atau aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan 2500 gram atau lebih.

5) Partus postmaturus atau serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu.

C. Teori Penyebab Persalinan

Beberapa teori yang dikemukakan oleh (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016) adalah: penurunan kadar progesteron, teori oksitosin, keregangan otot-otot, pengaruh janin, dan teori prostaglandin. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut :

1. Penurunan Kadar Progesteron

Progesterone menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron

dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu

2. Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi BraxtonHicks. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oxytocin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

3. Keregangan Otot-otot.

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya

kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan. Contoh, pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

4. Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

5. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena, intra dan extraamniotik menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi

baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

D. Tanda-Tanda Perasalinan

Tanda-tanda persalinaan menurut (Rukiyah et al., 2018) meliputi :

1. Tanda-tanda persalinaan sudah dekat

1) Lightning

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng. Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah.

2) Pollakisuria

Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundusuteri lebih rendah dari pada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut Pollakisuria.

3) Falselabor

Tiga (3) atau empat (4) minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi BraxtonHicks.

His pendahuluan ini bersifat:

1. Nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah.
2. Tidak teratur
3. Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan bila dibawa jalan malah sering berkurang.
4. Tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan cervix.

4) Perubahan cervix

Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan cervix menunjukkan bahwa cervix yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak namun menjadi: lebih lembut, beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing-masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup.

5) Energy Spurt

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai, setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktifitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah,

dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, persalinan menjadi panjang dan sulit.

6) Gastrointestinal Upsets

Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan

2. Tanda-tanda persalinan

1) Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifat-sifatnya sebagai berikut:

1. Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
2. Makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya.
3. Kalau dibawa berjalan bertambah kuat
4. Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan cervix.

2) Bloodyshow (Lendir disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canaliscervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

3) Premature Rupture of Membrane

Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

E. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat lima faktor esensial yang mempengaruhi proses persalinan dan kelahiran. Faktor-faktor tersebut dikenal dengan lima P: passenger (penumpang, yaitu janin dan plasenta), passageway (jalan lahir), powers (kekuatan), position (posisi ibu), dan psychologic response (respons psikologis) (Bobak, 2013).

1. Passenger (Penumpang)

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka plasenta dianggap juga sebagai

bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.

2. Passageway(JalanLahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina).Lapisan-lapisan otot dasar panggul ikutmenunjang keluarnya bayi meskipun itu jaringan lunak, tetapi panggul ibu jauhlebihberperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatifkaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul perlu diperhatikansebelum persalinan dimulai.

3. Power(Kekuatan)

Kekuatanyangmendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-oto perut, kontraksi diafragma,danaksidariligamen. Kekuatan primeryang diperlukandalam persalinan adalah his yaitu kontraksi otot-otot rahim, sedangkan sebagai kekuatan sekundernyaadalahtenaga meneran ibu.

4. Position(Posisi Ibu)

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan.posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, danmemperbaiki sirkulasi. Posisi yang baik dalam persalinan yaitu posisi tegak yang meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok. Posisi tegak dapat memberikan sejumlah

keuntungan, hal itu dikarenakan posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin, dapat mengurangi insiden penekanan tali pusat, mengurangi tekanan pada pembuluh darah ibu dan mencegah kompresi pembuluh darah serta posisi tegak dapat membuat kerja otot-otot abdomen lebih sinkron (saling menguatkan) dengan rahim saat ibu mendedan.

5. Psychologic Respos(Psikologis)

Psikologis adalah kondisi psikis klien dimana tersedianya dorongan positif, persiapan persalinan, pengalaman lalu, dan strategi adaptasi/coping. Psikologis adalah bagian yang krusial saat persalinan, ditandai dengan cemas atau menurunnya kemampuan ibu karena ketakutan untuk mengatasi nyeri persalinan. Respon fisik terhadap kecemasan atau ketakutan ibu yaitu dikeluarkannya hormon katekolamin. Hormon tersebut menghambat kontraksi uterus dan aliran darah plasenta. Faktor psikologis tersebut meliputi hal-hal sebagai berikut: Melibatkan psikologis ibu, emosi, dan persiapan intelektual, Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, Kebiasaan ada, Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

F. Tahapan Persalinan

Menurut marmi (2012) tahapan persalinan dibagi menjadi

1) Kala I

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan lendir bercampur darah, karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar karnalisservikalis karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka. Proses persalinan ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap.

Fase kala I terdiri atas :

- a) Fase laten: pembukaan 0 sampai 3 cm dengan lamanya sekitar 8 jam.
 - b) Fase aktif, terbagi atas: (1) Fase akselerasi: pembukaan yang terjadi sekitar 2 jam, dari mulai pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- 2) Fase dilatasi maksimal: pembukaan berlangsung 2 jam, terjadi sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
- 3) Fase deselerasi: pembukaan terjadi sekitar 2 jam dari pembukaan 9 cm sampai pembukaan lengkap. Fase tersebut pada

primigravida berlangsung sekitar 13 jam, sedangkan pada multigravida sekitar 7 jam. Secara klinis dimulainya kala I persalinan ditandai adanya his serta pengeluaran darah bercampur lendir/bloodyshow. Lendir berasal dari lendir kanalisservikalis karena servik membuka dan mendatar, sedangkan darah berasal dari pembuluh darah kapiler yang berada di sekitar kanalisservikalis yang pecah karena pergeseran-pergeseran ketika servik membuka

2. Asuhan yang diberikan pada Kala I yaitu:

a) Penggunaan Partograf

Merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I.

Kegunaan partograf yaitu mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam, menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama dan jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong untuk pemantauan kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran,

mengidentifikasi secara dini adanya penyulit, membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu, partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi di semua tempat, secara rutin oleh semua penolong persalinan.

b) Penurunan Kepala Janin

Penurunan dinilai melalui palpasi abdominal. Pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau setiap 4 jam, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Kata-kata "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

c) Kontraksi Uterus

Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif. Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat lamanya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan lambang yang sesuai yaitu: kurang dari 20 detik titik-titik, antara 20 dan 40 detik diarsir dan lebih dari 40 detik diblok.

Catat temuan-temuan dikotak yang bersesuaian dengan waktu penilai.

d) Keadaan Janin

1) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ, kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100, tetapi penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 kali/menit.

2) Warna dan Adanya Air Ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Gunakan lambang-lambang seperti U (ketuban utuh atau belum pecah), J (ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih), M (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium), D (ketuban sudah pecah dan air

ketuban bercampur darah) dan K (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban atau kering).

3) Molase Tulang Kepala Janin

Molase berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul.

Kode molase (0) tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi, (1) tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan, (2) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan, (3) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan.

e) Keadaan Ibu

Hal yang diperhatikan yaitu tekanan darah, nadi, dan suhu, urin (volume, protein), obat-obatan atau cairan IV, catat banyaknya oxytocin per volume cairan IV dalam hitungan tetes per menit bila dipakai dan catat semua obat tambahan yang diberikan.

f) Informasi tentang ibu : nama dan umur, GPA, nomor register, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban. Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah DJJ tiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus tiap 30 menit, nadi tiap 30 menit tanda

dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan setiap 4 jam, tekanan darah setiap 4 jam tandai dengan panah, suhu setiap 2 jam, urin, aseton, protein tiap 2 - 4 jam (catat setiap kali berkemih).

g) Memberikan Dukungan Persalinan

Asuhan yang mendukung selama persalinan merupakan ciri pertanda dari kebidanan, artinya kehadiran yang aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sibuk, maka ia harus memastikan bahwa ada seorang pendukung yang hadir dan membantu wanita yang sedang dalam persalinan. Kelima kebutuhan seorang wanita dalam persalinan yaitu asuhan tubuh atau fisik, kehadiran seorang pendamping, keringanan dan rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya serta informasi dan kepastian tentang hasil yang aman.

h) Mengurangi Rasa Sakit

Pendekatan-pendekatan untuk mengurangi rasa sakit saat persalinan adalah seseorang yang dapat mendukung persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernapasan, istirahat dan privasi, penjelasan mengenai proses, kemajuan dan prosedur.

3. Pendokumentasian Kala I Persalinan

Selama observasi kemajuan persalinan bidan melakukan pengisian:

1. Format asuhan pada ibu bersalin seperti contoh dalam Lampiran 2 yang akan mencatat hasil pengkajian, diagnosa, penatalaksanaan sesuai dengan asuhan sang ibu.

2.

Melengkapi dokumentasi kemajuan persalinan seperti yang ada di Lampiran 3 yaitu lembar observasi (fase laten) dan Lampiran 4 yaitu lembar partograf (fase aktif) di mana pengisiannya ada di lembar depan karena bagian belakang dipergunakan untuk pengisian ibu dan bayi dalam dua (2) jam post partum yang akan kita bahas pada topik selanjutnya. Anda telah mempelajari partograf sebelumnya, dalam praktik ini yang perlu Anda ingat dalam pengisian sebagai dokumentasi adalah (Kemenkes RI, 2014):

a. Kunci partograf Lima poin yang harus dicatat pada garis pertama yaitu DJJ, pembukaan servik, penurunan kepala, tekanan darah, dan nadi.

Fokus utama partograf adalah grafik pembukaan servik.

Partograf digunakan untuk memantau persalinan kala

I. Tekanan darah diberi warna merah, sedangkan nadi

dan suhu diberi warna biru.

b. Penilaian dan pencatatan kondisi ibu dan bayi. Denyut nadi janin, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus, dan nadi dinilai setiap setengah jam (1/2 jam). Pembukaan servik, penurunan, tekanan darah dan temperatur tubuh serta produksi urin, acetone dan protein dilakukan penilaian setiap 2 sampai 4 jam.

c. Pencatatan selama fase aktif persalinan. Halaman depan partogram cantumkan bahwa observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk hal-hal berikut:

1) Informasi tentang ibu

2) Kondisi janin

a) DJJ

b) Warna dan adanya air ketuban. Nilai kondisi air ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban.

c) Penyusupan (molase) kepalajinan

d) Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan kepalajinan. Catat temuan

di kotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban.

3) Kemajuan persalinan Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk mencatat kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks.

Setiap angka/kotak menunjukkan besarnya pembukaan serviks. Kotak yang satu dengan kotak yang lain pada lajur di atasnya, menunjukkan penambahan dilatasi sebesar 1 cm. Skala angka 1-5 juga menunjukkan seberapa jauh penurunan janin.

Masing-masing kotak di bagian ini menyatakan waktu 30 menit.

4) Pembukaan servik Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit).

Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf hasil temuannya dari setiap pemeriksaan.

Beri tanda untuk temuan-temuan dari pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase aktif persalinan di garis waspada.

Hubungkan tanda "X" dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus

5)

Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin. Pemeriksaan ini dilakukan setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit.

Nilai dan catat turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan servik umumnya diikuti dengan turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Tuliskan "Turunnya kepala" dan garis tidak putus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks.

Beri tanda "O" di garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika kepala bisadipalpasi 4/5, tuliskan tanda

"O" digaris angka 4.

Hubungkantandadarisetiappemeriksaandengan garis tidakterputus.

6) Garis waspada dan garis bertindak Garis waspadadimulai pada pembukaanserviks 4

cm dan berakhir pada

titikdimanapembukaanlengkapdiharapkanterjadijikalajupembukaan 1 cm per jam.

Pencatatanselamafaseaktifpersalinanharusdimulai di garis waspada. Jika

pembukaanserviksmengarahkesebelahkangaris waspada (pembukaankurangdari 1 cm

per jam),

makaharusdipertimbangkanadanyapenyulit

(misalnyafaseaktif yang memanjang, macet, dll.). Garis bertindakterterasejajardengan

garis waspada, dipisahkan oleh 8 kotakatau 4 jalurkesisikanan. Jika

pembukaanserviksberada di sebelahkangaris bertindak,

makatindakanuntukmenyelesaikanpersalinan

harusdilakukan. Ibu harustiba di

tempatrujukansebelum garis
bertindakterlampai.

7) Jam dan waktu

a) Waktu mulainyafaseaktifpersalinan Di
bagianbawahpartograf

(pembukaanserviks dan penurunan)
terterakotak-kotak yang diberiangka 1-
16. Setiapkotakmenyatakanwaktusatu
jam sejakdimulainyafaseaktifpersalinan.

b) Waktu aktualsaatpemeriksaandilakukan
Di
bawahlajurkotakuntukwaktumulainyafas
eaktif, terterakotak-
kotakuntukmencatatwaktuaktualsaatpem
eriksaandilakukan.

Setiapkotakmenyatakansatu jam penuh
dan

berkaitandenganduakotakwaktutigapuluh
menit pada lajurkotak di
atasnyaataulajurkontraksi di bawahnya.
Saatibumasukdalamfaseaktifpersalinan,
catatkanpembukaanserviks di garis

waspada.

Kemudian catat waktu aktual pemeriksani di kotak waktu yang sesuai.

8) Kontraksi uterus

Di bawah lajur waktu partograf terdapat lima lajur kotak dengan tulisan "kontraksi per 10 menit" di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satu detik.

9) Obat-obatan dan cairan yang diberikan Di bawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obat lainnya, dan cairan IV.

a) Oksitosin. Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai,

dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satu tetesan per menit.

b) Obat-obatan lain dan cairan IV
 Catat semua pemberian obat-
 obat tambahan dan/atau cairan IV
 dalam kotak yang
 sesuai dengan kolom waktunya.

10) Kondisi ibu Bagian terakhir pada
 lembar depan partograf berkaitan dengan keseh
 atan dan kenyamanan ibu.

11) Nadi, tekanan darah, dan
 temperatur tubuh Angka di
 sebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan
 nadi dan tekanan darah ibu. Nilai dan
 catat nadi ibu setiap 30
 menit selama fase aktif persalinan
 (lebih sering jika dicurigai adanya penyulit).

Beri tandatitik pada kolom waktu yang
 sesuai. Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap
 4 jam selama fase aktif persalinan
 (lebih sering jika dianggap akan adanya penyulit

). Beri tandapanah pada partograf pada
 kolom waktu yang sesuai. Nilai dan
 catat temperatur tubuh ibu
 (lebih sering jika meningkat,

atau dianggap adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat temperatur tubuh dalam kotak yang sesuai.

12) Volume urin, protein, atau aseton. Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). (Kemenkes RI, 2018)

2) Kala II

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi.

Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran.

a) Tanda dan gejala kala II yaitu :

Menurut Marmi (2012) melahirkan janin menurut asuhan persalinan normal (APN) dengan langkah – langkah yaitu :

1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.

a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.

c) Perineum menonjol.

d) Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.

2) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.

4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.

5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.

6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat

tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).

8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap.

a) Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.

9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).

10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100 – 180 kali / menit).

a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.

a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.

b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).

13) Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :

a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.

c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).

d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.

e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.

f) Menganjurkan asupan cairan per oral.

g) Menilai DJJ setiap lima menit.

h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran

i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum

ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.

j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit

k) meneran, merujuk ibu dengan segera.

14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.

16) Membuka partus set.

17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-

lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.

a) Jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir DeLee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.

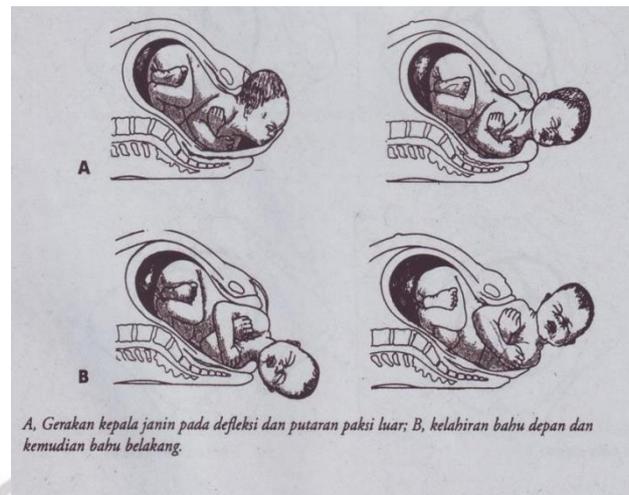
19) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.

20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:

a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.

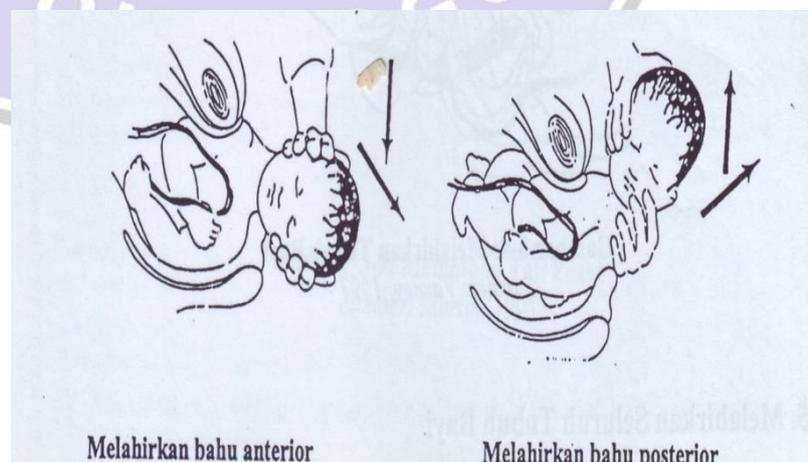
21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.



Gambar 2.2 : gerakan kepala janin pada defleksi dan putaran paksi luar

Sumber : (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi.
- 23) Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.



Gambar 2.3 : kelahiran bahu depan kemudian bahu belakang
Sumber : (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

24) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

25) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir.

26) Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

27) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).

28) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.

29) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).

30) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.

31) Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengambil tindakan yang sesuai.

32) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

33) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.

34) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.

3) Kala III

1. Data subyektif Ibu mengatakan perutnya mules. Bayi sudah lahir, plasenta belum lahir, tinggi fundusuteri, kontraksi baik atau tidak. Volume perdarahan pervaginam, keadaan kandung kemih kosong.

2. Data obyektif Observasi keadaan umum ibu, kontraksi uterus baik atau tidak, observasi pelepasan plasenta yaitu uterus bertambah bundar, perdarahan sekonyong – konyong, tali pusat yang lahir memanjang, fundusuteri naik

3. Assesment

Ibu P1A0 partus kala III

4. Planning Menurut Rukiah, dkk (2009) lakukan peregangan tali pusat terkendali, lakukan manajemen kala III, masase uterus, lahirkan plasenta spontan dan periksa kelengkapannya. Nilai volume perdarahan, observasi tanda – tanda vital dan keadaan ibu. Menurut Marmi 2012 sesuai APN manajemen aktif kala III yaitu :

35) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberkan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha

kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu. Penegangan tali pusat terkendali

36) Memindahkan klem pada tali pusat.

37) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

38) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorsokranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversiuteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.

(a) Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan ransangan puting susu.

39) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke

arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.

b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :

(1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.

(2) Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.

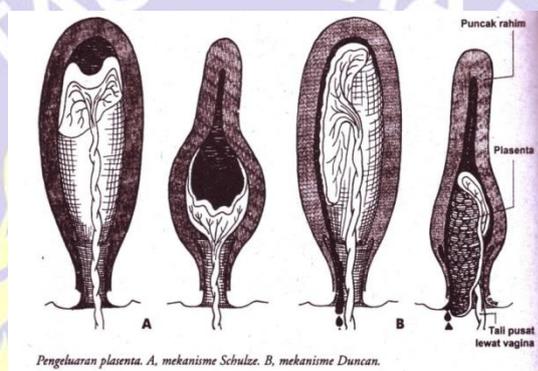
(3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

(4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.

(5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

40) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil.

Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selapuk yang tertinggal.



Gambar : 2.4 Pengeluaran Plasenta

Sumber : (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

41) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

42) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai

4) Kala IV

1. Subyektif Ibu mengatakan sedikit lemas, lelah dan tidak nyaman, ibu mengatakan darah yang keluar banyak seperti hari pertama haid.

2. Obyektif Observasi keadaan umum, kesadaran, suhu, tekanan darah, nadi kandung kemih, tinggi fundusuteri, kontraksi uterus, volume perdarahn yang keluar, periksa adanya luka pada jalan lahir.

3. Assessment Ibu P1A0 partus kala IV.

4. Planning

Menurut JNPK-KR (2008) asuhan persalinan kala IV yaitu :

43) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

44) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina.

45) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.

46) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat. Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.

47) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.

48) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.

49) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI. 49)
Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan
pervaginam:

(a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.

(b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.

(c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

(d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melaksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksanaan tonia uteri.

(e) Jika ditemukan lacerasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.

50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.

51) Mengevaluasi kehilangan darah.

52) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca

persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.

(a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.

(b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi

54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.

57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.

58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

G. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Menurut Abraham Maslow, kebutuhan dasar manusia adalah suatu kebutuhan manusia yang paling dasar/pokok/utama yang apabila tidak terpenuhi akan terjadi ketidakseimbangan di dalam diri manusia. Kebutuhan dasar manusia terdiri dari kebutuhan fisiologis (tingkatan yang paling rendah/dasar), kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan akan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, dan kebutuhan akan aktualisasi diri. Kebutuhan fisiologis diantaranya adalah kebutuhan akan oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, personal hygiene, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.

Kebutuhan fisiologis ibu bersalin merupakan suatu kebutuhan dasar pada ibu bersalin yang harus dipenuhi agar proses persalinan dapat berjalan dengan lancar menurut (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016) meliputi :

1. Kebutuhan Oksigen

Pemenuhan kebutuhan oksigen selama proses persalinan perlu diperhatikan, terutama pada kala I dan kala II, dimana oksigen yang ibu hirup sangat penting artinya untuk oksigenasi janin melalui plasenta. Suplai oksigen yang tidak adekuat, dapat menghambat kemajuan persalinan dan dapat mengganggu kesejahteraan janin. Oksigen yang adekuat dapat diupayakan dengan pengaturan sirkulasi udara yang baik selama persalinan. Ventilasi udara perlu diperhatikan, apabila ruangan tertutup karena menggunakan AC, maka pastikan bahwa dalam ruangan tersebut tidak terdapat banyak orang. Hindari menggunakan pakaian yang ketat, sebaiknya penopang payudara/BH dapat dilepas/dikurangi kekencangannya. Indikasi pemenuhan kebutuhan oksigen adekuat adalah Denyut Jantung Janin (DJJ) baik dan stabil.

2. Kebutuhan Cairan dan Nutrisi

Kebutuhan cairan dan nutrisi (makan dan minum) merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi dengan baik oleh ibu selama proses persalinan. Pastikan bahwa pada setiap tahapan persalinan (kala I, II, III, maupun IV), ibu mendapatkan asupan makan dan minum yang cukup. Asupan makanan yang cukup (makanan utama maupun makanan ringan), merupakan sumber dari glukosa darah, yang merupakan sumber utama energi untuk sel-sel tubuh. Kadar gula darah yang rendah akan

mengakibatkan hipoglikemia. Sedangkan asupan cairan yang kurang, akan mengakibatkan dehidrasi pada ibu bersalin. Pada ibu bersalin, hipoglikemia dapat mengakibatkan komplikasi persalinan baik ibu maupun janin. Pada ibu, akan mempengaruhi kontraksi/his, sehingga akan menghambat

kemajuan persalinan dan meningkatkan insiden persalinan dengan tindakan, serta dapat meningkatkan risiko perdarahan postpartum. Pada janin, akan mempengaruhi kesejahteraan janin, sehingga dapat mengakibatkan komplikasi persalinan seperti asfiksia. Dehidrasi pada ibu bersalin dapat mengakibatkan melambatnya kontraksi/his, dan mengakibatkan kontraksi menjadi tidak teratur. Ibu yang mengalami dehidrasi dapat diamati dari bibir yang kering, peningkatan suhu tubuh, dan eliminasi yang sedikit.

Dalam memberikan asuhan, bidan dapat dibantu oleh anggota keluarga yang mendampingi ibu. Selama kala I, anjurkan ibu untuk cukup makan dan minum, untuk mendukung kemajuan persalinan. Pada kala II, ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi, karena terjadi peningkatan suhu tubuh dan terjadinya kelelahan karena proses mengejan.

Untuk itu disela-sela kontraksi, pastikan ibu mencukupi kebutuhan cairannya (minum). Pada kala III dan IV, setelah ibu berjuang melahirkan bayi, maka bidan juga harus memastikan

bahwa ibu mencukupi kebutuhan nutrisi dan cairannya, untuk mencegah hilangnya energi setelah mengeluarkan banyak tenaga selama kelahiran bayi (pada kala II).

3. Kebutuhan Eliminasi

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi oleh pusat kesehatan untuk membantu kemajuan persalinan dan meningkatkan kenyamanan pasien. Anjurkan ibu untuk berkemih secara spontan sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali selama persalinan.

Kandung kemih yang penuh, dapat mengakibatkan:

- 1) Menghambat proses penurunan bagian terendah janin ke dalam rongga panggul, terutama apabila berada di atas spina isciadika
- 2) Menurunkan efisiensi kontraksi uterus/his
- 3) Meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali ibu karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus
- 4) Meneteskan urin selama kontraksi yang kuat pada kala II
- 5) Memperlambat kelahiran plasenta
- 6) Mencetuskan perdarahan pasca persalinan, karena

kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi uterus.

4. Kebutuhan Hygiene

Tindakan personal hygiene pada ibu bersalin yang dapat dilakukan bidan diantaranya: membersihkan daerah genitalia (vulva-vagina, anus), dan memfasilitasi ibu untuk menjaga kebersihan badan dengan mandi. Mandi pada saat persalinan tidak dilarang. Pada sebagian budaya, mandi sebelum proses kelahiran bayi merupakan suatu hal yang harus dilakukan untuk mensucikan badan, karena proses kelahiran bayi merupakan suatu proses yang suci dan mengandung makna spiritual yang dalam. Secara ilmiah, selain dapat membersihkan seluruh bagian tubuh, mandi juga dapat meningkatkan sirkulasi darah, sehingga meningkatkan kenyamanan pada ibu, dan dapat mengurangi rasa sakit. Selama proses persalinan apabila memungkinkan ibu dapat diijinkan mandi di kamar mandi dengan pengawasan dari bidan.

Pada kala I fase aktif, dimana terjadi peningkatan bloodyshow dan ibu sudah tidak mampu untuk mobilisasi, maka bidan harus membantu ibu untuk menjaga kebersihan genetalianya untuk menghindari terjadinya infeksi intrapartum dan untuk meningkatkan kenyamanan ibu bersalin. Membersihkan daerah genitalia dapat dilakukan dengan melakukan vulva hygiene menggunakan kapas bersih yang telah dibasahi dengan air Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT), hindari penggunaan air yang bercampur antiseptik maupun lisol. Bersihkan dari atas

(vestibulum), ke bawah (arah anus). Tindakan ini dilakukan apabila diperlukan, misalnya setelah ibu BAK, setelah ibu BAB, maupun setelah ketuban pecah spontan.

Pada kala II dan kala III, untuk membantu menjaga kebersihan diri ibu bersalin, maka ibu dapat diberikan alas bersalin (underpad) yang dapat menyerap cairan tubuh (lendir darah, darah, air ketuban) dengan baik. Apabila saat mengejan diikuti dengan faeses, maka bidan harus segera membersihkannya, dan meletakkannya di wadah yang seharusnya. Sebaiknya hindari menutupi bagian tinja dengan tisyu atau kapas ataupun melipat underpad.

Pada kala IV setelah janin dan placenta dilahirkan, selama 2 jam observasi, maka pastikan keadaan ibu sudah bersih. Ibu dapat dimandikan atau dibersihkan di atas tempat tidur. Pastikan bahwa ibu sudah mengenakan pakaian bersih dan penampung darah (pembalut bersalin, underpad) dengan baik. Hindari menggunakan pot kala, karena hal ini mengakibatkan ketidaknyamanan pada ibu bersalin. Untuk memudahkan bidan dalam melakukan observasi, maka celana dalam sebaiknya tidak digunakan terlebih dahulu, pembalut ataupun underpad dapat dilipat disela-sela paha

5. Kebutuhan Istirahat

Selama proses persalinan berlangsung, kebutuhan istirahat pada ibu bersalin tetap harus dipenuhi. Istirahat selama proses persalinan (kala I, II, III maupun IV) yang dimaksud adalah memberikan kesempatan pada ibu untuk mencoba relaks tanpa adanya tekanan emosional dan fisik. Hal ini dilakukan selama tidak ada his (disela-sela his). Ibu bisa berhenti sejenak untuk melepas rasa sakit akibat his, makan atau minum, atau melakukan hal menyenangkan yang lain untuk melepas lelah, atau apabila memungkinkan ibu dapat tidur. Namun pada kala II, sebaiknya ibu diusahakan untuk tidak mengantuk. Setelah proses persalinan selesai (pada kala IV), sambil melakukan observasi, bidan dapat mengizinkan ibu untuk tidur apabila sangat kelelahan. Namun sebagai bidan, memotivasi ibu untuk memberikan ASI dini harus tetap dilakukan. Istirahat yang cukup setelah proses persalinan dapat membantu ibu untuk memulihkan fungsi alat-alat reproduksi dan meminimalisasi trauma pada saat persalinan

H. Pelayanan Kebidanan Saat Pandemi

1. Jika ada tanda-tanda bersalin, segera hubungi Bidan melalui telepon/WA. Bidan melakukan skrining faktor resiko termasuk

resiko infeksi covid-19. Apabila ada faktor resiko, segera rujuk ke PKM / RS sesuai standar

2. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dgn kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid +)
3. Pertolongan persalinan dilakukan sesuai standar APN, lakukan IMD & Pemasangan IUD paska persalinan dengan APD level2, dan menerapkan protokol pencegahan penularan covid-19 - pada ibu bukan PDP, Covid+ (Pasien dan pendamping maks 1 org menggunakan masker)
4. Jika tidak dapat melakukan pertolongan persalinan, segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM / RS sesuai standar
5. Keluarga/pendamping dan semua tim yang bertugas menerapkan protokol pencegahan penularan COVID- 19.
6. Melaksanakan rujukan persalinan terencana untuk Ibu bersalin dengan risiko, termasuk risiko ODP/PDP/Covid +sesuai standar (Nurjasmi, 2020)

2.1.3 Konsep dasar Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat- alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. masa nifas berlangsung kira- kira 6 minggu, akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu 3 bulan (Prawirohardjo, 2009; Saifuddin, 2002).

Masa nifas adalah masa segera setelah kelahiran sampai 6 minggu. selama masa ini, fisiologi saluran reproduktif kembali pada keadaan yang normal (Cunningham, 2007).

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas 6-8 minggu (Mochtar, 2010).

Masa puerperium atau masa nifas dimulai setelah persalinan selesai, dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu (Wiknjosastro, 2005).

Periode pasca partum (Puerperium) adalah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Bobak, 2004).

Dari berbagai uraian yang menjelaskan tentang pengertian masa nifas, dapat disimpulkan bahwa masa nifas adalah dimulai setelah persalinan selesai dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung selama 6 minggu.

Tujuan asuhan kebidanan nifas dan menyusui, sebagai berikut:

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis dimana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.

2. Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh) dimana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu masa nifas secara sistematis yaitu mulai pengkajian, interpretasi data dan analisa masalah, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi. Sehingga dengan asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui dapat mendeteksi secara dini penyulit maupun komplikasi yang terjadi pada ibu dan bayi.

3. Melakukan rujukan secara aman dan tepat waktu bila terjadi penyulit atau komplikasi pada ibu dan bayinya, ke fasilitas pelayanan rujukan.

4. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan nifas dan menyusui, kebutuhan nutrisi, perencanaan pengaturan jarak kelahiran, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, perawatan bayi sehat serta memberikan pelayanan keluarga berencana, sesuai dengan pilihan ibu.

Menurut Marmi, 2014 tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas adalah menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis, melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi, memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-

hari, mencegah infeksi dan komplikasi pada ibu, memberikan pelayanan keluarga berencana, mendapatkan kesehatan emosional, mendorong pelaksanaan metode yang sehat tentang pemberian makan anak, serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak. (Doroh, 2018)

Perlu mengingat bahwa asuhan masa nifas sangat penting dan diperlukan karena dalam periode ini disebut masa kritis baik pada ibu maupun bayinya. Diperkirakan insiden kematian ibu di Indonesia sebesar 60% terjadi pada postpartum atau masa nifas, dan sebesar 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama (Kemenkes RI, 2013).

Sehingga peran dan tanggung jawab bidan untuk mencegah kematian ibu pada masa kritis ini adalah dengan memberikan asuhan kebidanan yang aman dan efektif. Selanjutnya Saudara perlu melaksanakan peran dan tanggungjawab bidan secara komprehensif dalam asuhan masa nifas sebagai berikut.

1. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
2. Sebagai promotor yang memfasilitasi hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
3. Mendorong ibu untuk menyusui serta meningkatkan rasa nyaman ibu dan bayi.

4. Mendeteksi penyulit maupun komplikasi selama masa nifas dan menyusui serta melaksanakan rujukan secara aman dan tepat waktu sesuai dengan indikasi.

5. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya pada masa nifas dan menyusui, pemenuhan nutrisi yang baik, serta mempraktekkan personal hygiene yang baik.

6. Melakukan manajemen asuhan dengan langkah-langkah; pengkajian, melakukan interpretasi data serta menetapkan diagnosa, antisipasi tindakan segera terhadap permasalahan potensial, menyusun rencana asuhan serta melakukan penatalaksanaan dan evaluasi untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi, serta untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas

7. Memberikan asuhan kebidanan nifas dan menyusui secara etis profesional. (Wahyuningsih, 2018)

b. Fisiologi Nifas

1. Tahapan Masa Nifas Masa nifas terbagi menjadi tiga tahapan yaitu;

a. Puerperium dini adalah suatu masa kepulihannya ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

b. Puerperium intermedial adalah suatu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam sampai delapan minggu.

c. Remotepuerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu apabila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

2. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Masa Nifas

a. Perubahan Fisiologis Menurut Varney (2007), perubahan selama masa puerperium tersebut terjadi pada:

1) Uterus

Involusi uterus meliputi reorganisasi dan pengeluaran residua/endometrium dan eksfoliasi tempat perlekatan plasenta yang ditandai dengan penurunan ukuran dan berat serta perubahan pada lokasi uterus juga ditandai dengan warna dan jumlah lochea (Varney, 2007).

Tabel 2.3 Perubahan Normal Uterus selama PostPartum Involusi

Involusi Uterus	TFU	Berat Uterus
Plasenta Lahir	Setinggi Pusat	1000 gram
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram
6 minggu	Normal	50 gram

Sumber : Manuaba,2010

2) Lokia

Lokia adalah istilah untuk sekret dari uterus yang keluar melalui vagina selama puerperium. (Varney, 2007).

Lokia adalah istilah untuk secret dari uterus yang keluar melalui vagina selama puerperium. Karena perubahan warnanya, nama deskriptif lokia berubah yaitu lokia rubra, serosa, atau alba. Lokia rubra berwarna merah, ini adalah lokia pertama yang mulai keluar segera setelah kelahiran dan terus berlanjut selama dua hingga tiga hari pertama pascapartum. Lokia rubra terutama mengandung darah dan jaringan desidua. Lokia serosa mulai terjadi sebagai bentuk yang lebih pucat dari lokia rubra, merah muda. Lokia ini berhenti sekitar tujuh hingga delapan hari kemudian dengan

warna merah muda, kuning, atau putih hingga transisi menjadi lokia alba. Lokia serosa terutama mengandung cairan serosa, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit. Lokia alba mulai terjadi sekitar hari kesepuluh pascapartum dan hilang sekitar periode dua hingga empat minggu. Pada beberapa wanita, lokia ini tetap ada pada saat pemeriksaan pascapartum. Warna lokia alba putih krem dan terutama mengandung leukosit dan sel desidua. (IRBAH, 2017)

Tabel 2.4 Perbedaan Lokia Masa Nifas Lokia

Lokia	Waktu	Warna	Ciri – Ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, vernikscaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguinolenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan atau kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekam laserasi plasenta

Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati
------	----------	-------	---

Sumber : Manuaba, 2010

3) Vagina dan perineum

Segera setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar, setelah satu hingga dua hari, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema. Sekarang vagina menjadi berdinding lunak, lebih besar dari biasanya, dan umumnya longgar. Ukurannya menurun dengan kembalinya rugae vagina sekitar minggu ketiga pascapartum. (IRBAH, 2017)

4) Payudara

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Apakah wanita memilih menyusui atau tidak, ia dapat mengalami kongesti payudara selama beberapa hari pertama pascapartum karena tubuhnya mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayi. Wanita yang menyusui berespon terhadap stimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormon dan stimulasi

alveoli yang memproduksi susu. Pengkajian payudara pada periode awal pascapartum meliputi penampilan dan integritas puting susu, memar atau iritasi jaringan payudara, adanya kolostrum, apakah payudara terisi air susu, dan adanya sumbatan duktus, kongesti, dan tanda-tanda mastitis potensial. Payudara Wanita yang menyusui berespons terhadap menstimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormone dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu (IRBAH, 2017)

5) Tekanan Darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah. Yang akan kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari

6) Penurunan berat badan

Wanita mengalami penurunana berat badan rata-rata 4,5 kg pada waktu melahirkan. Penentu utama penurunan berat badan pascapartum adalah peningkatan berat badan selama kehamilan. wanita yang mengalami peningkatan berat badan yang paling banyak akan mengalami penurunan berat badan yang paling besar pula

a. Perubahan Psikologi

Masa pasca persalinan adalah fase khusus dalam kehidupan ibu serta bayi. Bagi ibu yang mengalami persalinan untuk pertama kalinya, ibu menyadari terjadinya perubahan kehidupan yang sangat bermakna selama hidupnya. Keadaan ini ditandai dengan perubahan emosional, perubahan fisik secara dramatis, hubungan keluarga atau aturan serta penyesuaian terhadap aturan yang baru. Termasuk di dalamnya perubahan dari seorang perempuan menjadi seorang ibu di samping masa pasca persalinan mungkin masa perubahan dan penyesuaian sosial ataupun perseorangan.

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan, pada hari ke empat sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan. Masa nifas dimulai dari enam jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan.

Deteksi dini komplikasi masa nifas dan penanganannya

1) Infeksi masa nifas

Infeksi nifas adalah peradangan yang terjadi pada organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme atau virus ke dalam organ reproduksi tersebut selama proses persalinan dan masa nifas. Mikroorganisme penyebab infeksi nifas dapat berasal dari eksogen

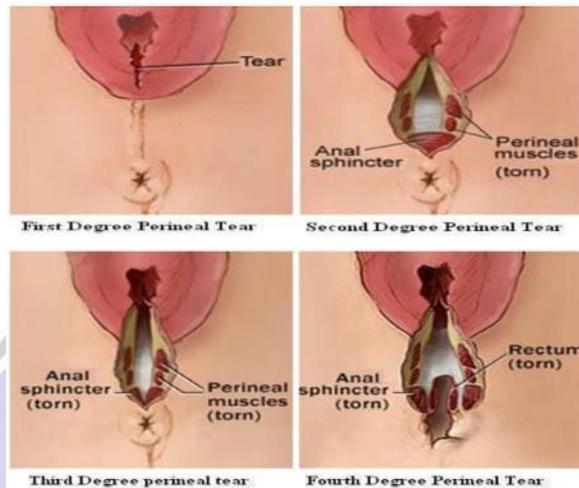
dan endogen. Beberapa mikroorganisme yang sering menyebabkan infeksi nifas adalah streptococcus, bacil coli dan staphylococcus. Ibu yang mengalami infeksi nifas biasanya ditandai dengandemam (peningkatan suhu tubuh 380C) yang terjadi selama 2 hari berturut-turut. Adapun faktor predisposisi infeksi nifas diantaranya perdarahan, trauma persalinan , partus lama, retensio plasenta serta keadaan umum ibu yang buruk (anemia dan malnutrisi). Patofisiologi terjadinya infeksi nifas sama dengan patofisiologi infeksi yang terjadi pada sistem tubuh yang lain. Masuknya mikroorganisme ke dalam organ reproduksi dapat menyebabkan infeksi hanya pada organ reproduksi tersebut (infeksi lokal) atau bahkan dapat menyebar ke organ lain (infeksi sistemik). Infeksi sistemik lebih berbahaya daripada infeksi lokal, bahkan dapat menyebabkan kematian bila telah terjadi sepsis.

2) Robekan jalan lahir

Robekan jalan lahir merupakan laserasi atau luka yang terjadi di sepanjang jalan lahir (perineum) akibat proses persalinan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara disengaja (episiotomi) atau tidak sengaja. Robekan jalan lahir sering tidak diketahui sehingga tidak tertangani dengan baik. Penyebab perdarahan postpartum yang kedua setelah retensio plasenta adalah robekan jalan lahir. Tanda-tanda ibu yang mengalami robekan jalan lahir adalah perdarahan segar yang mengalir dan terjadi segera setelah bayi lahir., kontraksi uterus

baik, plasenta baik, kadang ibu terlihat pucat, lemah dan menggigil akibat berkurangnya haemoglobin.

Berdasarkan kedalaman dan luasnya laserasi, robekan jalan lahir/perineum dibagi menjadi 4 tingkat, yaitu :



Gambar 2.5 Macam – macam Robekan Jalan Lahir

Sumber : curhatbidan.com

- a) Tingkat 1 : robekan hanya terjadi pada selaput lendir vagina atau tanpa mengenai kulit perineum.
- b) Tingkat 2 : robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perineum transversalis tapi tidak mengenai sphingter ani
- c) Tingkat 3 : robekan mengenai seluruh perineum dan otot sphingter ani.
- d) Tingkat 4 : robekan sampai ke mukosa rektum.

3) Tertinggalnya sebagian sisa plasenta dalam uterus

Sisa plasenta yang masih tertinggal di dalam uterus dapat menyebabkan terjadinya perdarahan. Bagian plasenta yang masih menempel pada dinding uterus mengakibatkan kontraksi uterus tidak adekuat sehingga pembuluh darah yang terbuka pada dinding uterus tidak dapat berkontraksi/terjepitnya dengan sempurna.

Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan terdiri dari (Kemenkes,2010) :

- a) Pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, nafas, dan suhu)
- b) Pemeriksaan tinggi puncak rahim (fundusuteri)
- c) Pemeriksaan lochia dan cairan per vaginam lain
- d) Pemeriksaan payudara dan pemberian anjuran ASI eksklusif
- e) Pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kesehatan ibu nifas dan bayi baru lahir, termasuk keluarga berencana
- f) Pelayanan keluarga berencana pasca persalinan (WULANSARI, 2017)

c. Jadwal Kunjungan

Kunjungan rumah postpartum dilakukan sebagai suatu tindakan untuk pemeriksaan postpartum lanjutan. Apapun sumbernya, kunjungan rumah direncanakan untuk bekerjasama dengan keluarga dan dijadwalkan berdasarkan kebutuhan. Pada program yang terdahulu,

kunjungan bisa dilakukan sejak 24 jam setelah pulang. Jarang sekali suatu kunjungan rumah ditunda sampai hari ketiga setelah pulang ke rumah.

Kunjungan berikutnya direncanakan disepanjang minggu pertama jika diperlukan. Semakin meningkatnya angka kematian ibu di Indonesia pada saat nifas (sekitar 60%) mencetuskan pembuatan program dan kebijakan teknis yang lebih baru mengenai jadwal kunjungan masa nifas. Paling sedikit 4 kali kunjungan pada masa nifas, dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi lahir dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Frekuensi kunjungan pada masa nifas adalah :

Kunjungan nifas (KF) dilakukan sesuai jadwal kunjungan nifas yaitu :

- i. KF 1 : pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 2 (dua) hari pasca persalinan;
- ii. KF 2 : pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari pasca persalinan;
- iii. KF 3 : pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pasca persalinan;
- iv. KF 4 : pada periode 29 (dua puluh sembilan) sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pasca persalinan.

(Kemenkes, 2020)

d. Pelayanan Saat Pandemi

1. Tidak ada keluhan agar menerapkan isi buku KIA, lakukan pemantauan mandiri, jika ada keluhan/tanda bahaya pada ibu/BBL segera ke fasyankes
2. Pelayanan nifas dan BBL, dengan membuat janji melalui Telepon/WA
3. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dgn kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid+).
4. Pelayanan nifas & BBL dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 dan menerapkan protocol pencegahan Covid-19
5. Jika tidak dapat memberikan pelayanan, Bidan segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS
6. Tunda kelas Ibu Balita atau dilakukan secara online
7. Konsultasi nifas & BBL, KIE, Konseling Laktasi, pemantauan Tumbang dilaksanakan secara on-line
8. Ibu nifas, pendamping & semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protocol pencegahan Covid-19 (Nurjasmi, 2020)

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru lahir mengalami proses kelahiran, berusia 0 - 28 hari, BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturase, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan (ekstrauterain) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik (Ari Kurniarum, 2016)

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan genap 37-41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat. (ISNAENI, 2019)

Menurut Sarwono (2005) dalam buku Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2500-3000 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm.

Ciri-ciri bayi normal adalah, sebagai berikut :

- a. Berat badan 2.500-4.000 gram.
- b. Panjang badan 48-52.
- c. Lingkar dada 30-38.
- d. Lingkar kepala 33-35.

- e. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit.
- f. Pernapasan \pm 40-60 kali/menit.
- g. Kulit kemerah-merahan dan lici karena jaringan subkutan cukup.
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- i. Kuku agak panjang dan lemas.
- j. Genitalia: pada perempuan labiamayora sudah menutupi labiaminora, dan pada laki- laki, testis sudah turun dan skrotum sudah ada.
- k. Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- l. Refleks Moro atau gerak memeluk jikadikagetkan sudah baik.
- m. Refleks grap atau menggenggam sudah baik
- n. Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan(Lubis, 2018)

b. Fisiologi Bayi Baru Lahir

Perubahan-perubahan fisiologis yang dialami oleh bayi baru lahir adalah (Sondakh, 2013):

a) Sistem respirasi

Terjadinya pernapasan pertama pada bayi baru lahir disebabkan oleh dua faktor, yaitu terjadinya hipoksia pada akhir persalinan sehingga rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernapasan aktif, tekanan terhadap rongga dada yang terjadi karena kompresi paru-paru selama persalinan, merangsang masuknya udara ke dalam paru-paru secara mekanis. Upaya pernapasan pertama ini bertujuan untuk mengeluarkan cairan pada paru-paru dan mengembangkan alveolus paru-paru. Pada periode pertama reaktivitas akan terjadi pernapasan cepat (mencapai 40-60 kali/menit).

b) Sistem Kardiovaskular

Setelah lahir, bayi akan menggunakan paru untuk mengambil oksigen. Untuk membuat sirkulasi yang baik terdapat dua perubahan adalah sebagai berikut:

1. Penutupan foramen ovale pada atrium jantung
2. Penutupan duktus arteriosus antara arteri paru-paru dan aorta.
3. Denyut nadi berkisar 120-160 kali/menit saat bangun dan 100 kali/menit saat tidur.

c) Sistem Termoregulasi dan Metabolik

Timbunan lemak pada tubuh bayi mampu meningkatkan panas sampai 100%. Dengan penjepitan tali pusat saat lahir, bayi harus mulai mampu mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri. Pada bayi baru lahir, glukosa akan turun dalam waktu cepat (1-2 jam). Koreksi penurunan kadar gula darah dalam tubuh dapat dilakukan dengan 3 cara, yaitu penggunaan ASI, melalui cadangan glikogen dan melalui pembuatan glukosa dari sumber lain terutama lemak.

d) Sistem Gastrointestinal

Perkembangan otot dan refleks dalam menghantarkan makanan telah aktif saat bayi lahir. Pengeluaran mekonium disekresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir normal. Beberapa bayi baru lahir dapat menyusu segera bila diletakkan pada payudara dan sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusu secara efektif.

Kemampuan BBL cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan masih terbatas. Kapasitas lambung juga masih terbatas, kurang dari 30 cc

e) Sistem Ginjal

Sebagian besar BBL berkemih setelah 24 jam pertama dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama, setelah itu bayi berkemih 5-20 kali dalam 24 jam. Beban kerja ginjal dimulai saat bayi lahir hingga masukan cairan meningkat, mungkin urine akan tampak keruh termasuk berwarna merah muda. Hal ini disebabkan oleh kadar ureum yang tidak banyak berarti. Intake cairan sangat mempengaruhi adaptasi pada sistem ginjal. Oleh karena itu, pemberian ASI sesering mungkin dapat membantu proses tersebut.

f) Sistem Hati

Selama periode neonatus, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah. Hati juga mengontrol kadar bilirubin tak terkonjugasi, pigmen berasal dari Hb dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah. Saat bayi lahir enzim hati belum aktif total sehingga neonatus memperlihatkan gejala ikterus fisiologis. Bilirubin tak terkonjugasi dapat mengakibatkan warna kuning yang disebut jaundice atau ikterus. Asam lemak berlebihan dapat menggeser bilirubin dari tempat pengikatan albumin. Peningkatan kadar bilirubin tidak berikatan mengakibatkan peningkatan resiko kern-ikterus bahkan kadar bilirubin serum 10 mg/dL.

g) Sistem Muskuloskletal

Otot-otot sudah dalam keadaan lengkap saat lahir, tetapi tumbuh melalui proses hipertropi. Tumpang tindih (moulage) dapat terjadi pada waktu lahir karena pembungkus tengkorak belum seluruhnya mengalami asifikasi. Kepala bayi cukup bulan berukuran $\frac{1}{4}$ panjang tubuhnya. Lengan lebih sedikit panjang dari tungkai.

h) Sistem Saraf

Ada beberapa refleks yang terdapat pada BBL menandakan adanya kerjasama antara sistem saraf dan sistem muskuloskeletal. Beberapa refleks tersebut adalah :

1) Refleks moro

Pada refleks ini dimana bayi mengembangkan tangannya lebar-lebar dan melebarkan jari-jarinya, lalu membalikkan tangannya cepat seakan-akan memeluk seseorang. Kaki juga mengikuti gerakan serupa. Refleks ini biasanya akan hilang 3-4 bulan

2) Refleks rooting

Refleks ini timbul karena stimulasi taktil pipi dan daerah mulut. Refleks rooting akan berkaitan dengan refleks menghisap. Refleks ini dapat dilihat pada pipi atau sudut mulut bila disentuh dengan pelan, maka bayi akan spontan melihat kearah sentuhan,

mulutnya akan terbuka dan mulai menghisap. Refleksi ini biasanya akan menghilang saat berusia 7 bulan.

3) Refleksi sucking

Refleksi ini berkaitan dengan refleksi rooting untuk menghisap dan menelan ASI.

4) Refleksi batuk dan bersin

Refleksi ini timbul untuk melindungi bayi dan obstruksi pernapasan.

5) Refleksi grasp

Refleksi ini timbul bila ibu jari diletakkan pada telapak tangan bayi maka bayi akan menutup tangannya. Pada refleksi ini bayi akan menggenggam jari dan biasanya akan hilang pada 3-4 bulan. (Bulan, 2015)

i) Sistem Imun

Perubahan Imun Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang dipintu masuk. Imaturitas jumlah sistem pelindung secara signifikan meningkatkan resiko infeksi pada periode bayi baru lahir. (Lubis, 2018)

c. Penilaian Bayi Baru Lahir

a) Menilai Bayi Baru Lahir Penilaian Bayi baru lahir dilakukan dalam waktu 30 detik pertama.

Keadaan yang harus dinilai pada saat bayi baru lahir sebagai berikut.

1. Apakah bayi cukup bulan?
2. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
3. Apakah bayi menangis atau bernapas?
4. Apakah tonus otot baik?

b) Penilaian bayi baru lahir juga dapat dilakukan dengan ApgarScore.

Tabel 2.5 Penilaian APGAR Score

Tanda	Skor		
	0	1	2
Appearance (warna kulit)	Biru, Pucat	Tubuh kemerahan, Ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (Denyut Jantung)	Tak ada	Kurang dari 100x/mnt	Lebih dari 100x/mnt
Grimace (reflek terhadap rangsangan)	Tak ada	Meringis	Batuk, bersin

Activity (Tonus Otot)	Lemah	Fleksipada ekstremitas	Gerakan aktif
Respiration (Upaya bernafas)	Tak ada	Tak teratur	Menangis baik

Sumber : Arfiana, dkk, 2016

Setiap variabel diberi nilai 0, 1, atau 2 sehingga nilai tertinggi adalah 10.

Nilai 7-10 pada menit pertama menunjukkan bahwa bayi sedang berada dalam kondisi baik. Nilai 4–6 menunjukkan adanya depresi sedang dan membutuhkan beberapa jenis tindakan resusitasi. Nilai 0–3 menunjukkan depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera dan mungkin memerlukan ventilasi (Bulan, 2015)

Selain itu Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir dapat dilakukan seperti berikut :

1. Menjaga bayi agar tetap hangat.

Langkah awal dalam menjaga bayi tetap hangat adalah dengan menyelimuti bayi sesegera mungkin sesudah lahir, tunda memandikan bayi selama 6 jam atau sampai bayi stabil untuk mencegah hipotermi.

2. Membersihkan saluran napas dengan menghisap lendir yang ada di mulut dan hidung (jika diperlukan). Tindakan ini juga dilakukan sekaligus dengan penilaian APGAR skor menit pertama. Bayi normal

akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, jalan napas segera dibersihkan.

3. Mengeringkan tubuh bayi dari cairan ketuban dengan menggunakan kain atau handuk yang kering, bersih dan halus. Dikeringkan mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan lembut tanpa menghilangkan verniks. Verniks akan membantu menyamankan dan menghangatkan bayi. Setelah dikeringkan, selimuti bayi dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat diklem, Hindari mengeringkan punggung tangan bayi. Bau cairan amnion pada tangan bayi membantu bayi mencari puting ibunya yang berbau sama.

4. Memotong dan mengikat tali pusat dengan teknik aseptik dan antiseptik. Tindakan ini dilakukan untuk menilai APGAR skor menit kelima. Cara pemotongan dan pengikatan tali pusat adalah sebagai berikut :

a. Klem, potong dan ikat tali pusat dua menit pasca bayi lahir.

Penyuntikan oksitosin dilakukan pada ibu sebelum tali pusat dipotong.

b. Melakukan penjepitan ke-I tali pusat dengan klem logam DTT 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi, dari titik jepitan tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat kearah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali

pusat). Lakukan penjepitan ke-2 dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan ke-1 ke arah ibu.

c. Pegang tali pusat diantara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT (steril)

d. Mengikat tali pusat dengan benang DTT pada satu sisi, kemudian lingkarkan kembali benang tersebut dan ikat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

e. Melepaskan klem penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5% f. Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk upaya inisiasi menyusui dini.

5. Melakukan IMD, dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan dilanjutkan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI pertama kali dapat dilakukan setelah mengikat tali pusat. Langkah IMD pada bayi baru lahir adalah lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam dan biarkan bayi mencari dan menemukan puting dan mulai menyusui.

6. Memberikan identitas diri segera setelah IMD, berupa gelang pengenal tersebut berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir, dan jenis kelamin.

7. Memberikan suntikan Vitamin K1. Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, semua bayi baru lahir beresiko mengalami perdarahan. Untuk mencegah terjadinya perdarahan pada semua bayi baru lahir, terutama bayi BBLR diberikan suntikan vitamin K1 (phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intra muscular pada anterolateral paha kiri. Suntikan vit K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi Hepatitis B

8. Memberi salep mata antibiotik pada kedua mata untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata. Salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah lahir.

9. Memberikan imunisasi Hepatitis B pertama (HB-O) diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuscular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan pada bayi usia 0-7 hari.

Pemberian imunisasi pada bayi baru lahir dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.6 Imunisasi Dasar

Vaksin	Umur	Penyakit yang Dapat Dicegah
HEPATITIS B	0-7 hari	Mencegah hepatitis B (kerusakan hati)
BCG	1 bulan	Mencegah TBC (Tuberkulosis) yang berat
POLIO	1-4 bulan	Mencegah polio yang dapat menyebabkan lumpuh layu pada tungkai dan lengan
DPT (Difteri, Pertusis, Tetanus)	2-4 bulan	Mencegah difteri yang menyebabkan penyumbatan jalan nafas, mencegah pertusis atau batuk rejan (batuk 100 hari) dan mencegah tetanus
CAMPAK	9 bulan	Mencegah campak yang dapat mengakibatkan komplikasi radang paru, radang otak, dan kebutaan.

Sumber :Kemenkes RI. 2012.

10. Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir untuk mengetahui apakah terdapat kelainan yang perlu mendapat tindakan segera serta kelainan yang

berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan kelahiran. Memeriksa secara sistematis head to toe (dari kepala hingga jari kaki). Diantaranya :

- a. Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutup/melebar adanya caputsucedaneum, cephalohepatoma.
- b. Mata: pemeriksaan terhadap perdarahan, subkonjungtiva, dan tanda-tanda infeksi
- c. Hidung dan mulut: pemeriksaan terhadap labioskisis, labiopalatoskisis dan reflex isap
- d. Telinga: pemeriksaan terhadap kelainan daun telinga dan bentuk telinga.
- e. Leher: pemeriksaan terhadap simetris.
- f. Dada: pemeriksaan terhadap bentuk, pernapasan dan ada tidaknya retraksi
- g. Abdomen: pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor).
- h. Tali pusat: pemeriksaan terhadap perdarahan jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia di tali pusat atau selangkangan.

i. Alat kelamin: untuk laki-laki, apakah testis berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung, pada wanita vagina berlubang dan apakah labiamayora menutupi labiominora.

j. Anus: tidak terdapat atresia ani

k. Ekstremitas: tidak terdapat polidaktil dan syndaktil. (Lubis, 2018)

c. Masalah-masalah Bayi Baru Lahir Normal

Menurut (Sudarti dan Khoirunnisa, 2010) masalah yang biasa terjadi pada bayi baru lahir adalah :

a. Muntah dan Gumoh

Keluarnya sebagian besar atau seluruh isi tabung yang terjadi setelah agak lama Asi masuk lambung, disertai kontraksi lambung dan abdomen. Dalam beberapa jam pertama setelah lahir bayi mungkin mengalami muntah lender, bahkan kadang disertai sedikit darah.

Muntah ini tidak jarang menetap setelah pemberian ASI atau makanan, keadaan tersebut kemungkinan disebabkan karena iritasi mukosa lambung oleh sejumlah benda yang ditelan selama proses persalinan.

b. Bercak Mongol

Suatu pigmentasi yang datar dan berwarna gelap didaerah pinggang bawah dan bokong yang biasanya dapat ditemukan pada beberapa bayi saat lahir.

a. Hemangioma

Suatu tumor jaringan lunak/tumor vascular jinak akibat proliferasi (pertumbuhan yang berlebih) dari pembuluh darah yang tidak normal dan dapat terjadi pada setiap jaringan pembuluh darah.

b. Ikterus

Salah satu keadaan yang menyerupai penyakit hati yang terjadi pada bayi baru lahir akibat hiperbilirubinemia. Ikterus merupakan salah satu kegawatdaruratan yang sering terjadi pada bayi baru lahir, 25-50% pada bayi cukup bulan, dan 80% pada bayi berat lahir rendah.

c. Oral thrush

Adalah kandidiasis membran mukosa mulut bayi yang ditandai dengan munculnya bercak—bercak keputihan yang membentuk plak—plak berkeping dimulut, ulkus dangkal, demam dan adanya iritasi gastrointestinal.

d. Diaper Rash

Diaper rash adalah ruam popok yang menyerang kulit bayi, biasanya terlihat didaerah sekitar perut bayi, kemaluan, dan dilipatan kulit paha dan bokong bayi. Kasus ringan ini biasanya dapat hilang dala 3 sampai 4 hari tanpa pengobatan.

e. Seborrhoe

Penyakit kulit seroboik adalah berwarna merah dan kuning, ruam berkulit keras yang terjadi pada kulit bayi dan kadangkala pada lipatan. Tidak berbahaya biasanya hilang pada anak berusia 6 bulan. Bisa diobati dengan cara keramas secara teratur dan mengusap minyak mineral kedalam kelapa. Kerak kemungkinan hilang dengan sisir halus.

f. Bisul pada bayi

Bisul adalah radang kecil bernanah dekat sekali dengan permukaan kulit disebut pustual. Gejalanya kulit merah atau bengkak pada jaringan subkutan. Bengkak disertai nyeri tekan (bayi menangis bila bisul disentuh). Infeksi ini biasanya dijumpai pada hari ke-3 atau lebih.

g. Diare

Diare adalah buang air besar yang sering. Bayi baru lahir biasanya melakukan buang air besar sebanyak 4-6 kali cenderung

mengeluarkan tinja berbusa. Yang menjadi perhatian adalah, jika bayi memiliki nafsu makan yang jelek, muntah, berat badannya menurun, berat badannya tidak bertambah atau tinjanya mengandung darah. Infeksi bakteri atau virus bisa menyebabkan diare hebat. Diare akut pada bayi paling sering disebabkan oleh infeksi.

h. Miliariasis

Miliariasis adalah bercak putih kecil keras seperti jerawat pada hidung bayi baru lahir. Dapat pula muncul pada dagu dan dahi. Milia berasal dari sumbatan kelenjar minyak dan dapat menghilang sendiri. Miliariasis diakibatkan oleh pori kelenjar keringat, sehingga pengeluaran keringat tertahan yang di tandai dengan adanya vesikel miliar di muara kelenjar keringat. Kemudian akan timbul radang dan edema akibat perspirasi yang tidak dapat keluar diabsorpsi oleh stratum korneum. Miliariasis sering terjadi pada bayi premature karena proses diferensiasi sel epidermal dan appendiksnya belum sempurna.

Kasus miliariasis terjadi pada 40-50% bayi baru lahir. Muncul pada usia 2-3 bulan pertama akan menghilang dengan sendirinya 3-4 minggu kemudian. Kadang – kadang kasus ini menetap untuk beberapa lama dan dapat menyebar ke daerah sekitarnya. Miliariasis disebabkan karena infeksi oleh bakteri, udara panas dan lembab.

Milliria is terbagi menjadi dua yaitu :

1) Milliarisis Kristalina

Milliarisis kristalina ini timbul pada pasien dengan peningkatan keringat seperti pasien demam di ranjang. Lesinya berupa vesikel sangat supervisal, bentuknya kecil dan menyerupai titik embun berukuran 1-2 mm terutama timbul setelah keringat. Vesikel mudah pecah karena trauma paling ringan, misalnya akibat gesekan dengan pakaian. Vesikel yang pecah berwarna jernih dan tanpa reaksi peradangan asimtomatik dan berlangsung singkat. Umumnya tidak ada keluhan dan dapat sembuh dengan sendirinya.

2) Milliarisis Rubra

Ditandai dengan adanya papulovesikel dan eritema disekitarnya. Keringat merembas sebagian epidermis. Biasanya disertai rasa gatal dan pedih pada daerah ruam dan daerah sekitarnya. Sering diikuti dengan infeksi sekunder lainnya dan dapat juga menyebabkan timbulnya impetigo dan furunkel.

Penatalaksanaan dari miliariasis Asuhan yang diberikan pada neonatus, bayi dan balita dengan miliariasis tergantung pada beratnya penyakit dan keluhan yang dialami.

i. Tetanus neonatorum

Tetanus neonatorum adalah tetanus yang terjadi pada neonatus atau bayi berusia kurang dari 1 bulan yang disebabkan oleh *Clostridium tetani* yaitu kuman yang mengeluarkan toksin atau racun yang menyerang sistem syaraf pusat. Pencegahan secara umum spora kuman masuk tubuh melalui tali pusat, baik pada saat pemotongan, maupun perawatannya sebelum lepas.

Masa inkubasi dari kuman ini adalah 3-28 hari, tetapi jika kurang dari 7 hari penyakit ini lebih parah dan angka kematiannya lebih tinggi. Gejalanya yaitu bayi tiba-tiba demam/panas, bayi tiba-tiba tidak mau menetek karena kejang otot rahang dan pharing (trismus), mulut mencucu seperti mulut ikan, kejang terutama bila terkena rangsangan cahaya, kadang-kadang disertai sesak nafas dan wajah membiru, kaku kuduk, posisi punggung melengkung, kepala mendongak keatas. Penanganan bayi dengan tetanus neonatorum yaitu dengan mengatasi kejang dengan memberikan suntikan anti kejang, menjaga jalan nafas tetap bebas dengan membersihkan jalan nafas, mencari tempat masuknya spora tetanus umumnya di tali pusat atau telinga, kemudian mengatasi penyebab tetanus dengan memberi antibiotika, menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit ruangan tenang dan sedikit sinar

j. Kejang

Kejang adalah perubahan secara tiba-tiba fungsi neurologik, motorik dan otonomik karena kelebihan pancaran listrik pada otak kejang bukanlah suatu penyakit tetapi merupakan gejala dari gangguan saraf pusat, lokal atau sistemik. Penyebab kejang bisa disebabkan karena adanya pengaruh metabolik dan adanya perdarahan intrakranial. Penanganan kejang pada bayi baru lahir yaitu mengatasi kejang dengan memberikan anti kejang (misal diazepam, fenobarbital dan fenotin/dilantin). Menjaga jalan nafas tetap bebas, mencari faktor penyebab kejang, mengobati penyebab kejang.

d. Asuhan umum yang diberikan :

1. Prinsip asuhan adalah dengan mengurangi penyumbatan keringat dan menghilangkan sumbatan yang timbul.
2. Memelihara kebersihan tubuh bayi.
3. Upayakan kelembaban bayi yang cukup dan suhu lingkungan yang sejuk dan kering. Misalnya pasien tinggal diruanganber-AC atau darah yang sejuk dan kering.
4. Gunakan pakaian yang tidak terlalu sempit, gunakan pakaian yang menyerap keringat.
5. Segera ganti pakaian yang basah dan kotor.

6. pada miliariasis rubra dapat diberikan bedak salisil 2% dan dapat ditambahkan menthol 0,5% - 2% yang bersifat mendinginkan ruam.

e. Mendeteksi tanda-tanda bahaya pada bayi

Jika menemukan hal seperti ini harus segera dilakukan pertolongan dan orang tua harus mengetahuinya seperti:

- 1) Pernafasan sulit atau lebih dari 60x/ menit.
- 2) Terlalu hangat ($>38^{\circ}\text{C}$) atau terlalu dingin ($<36^{\circ}\text{C}$).
- 3) Kulit bayi kering (terutama 24 jam pertama), biru, pucat atau memar.
- 4) Hisapan bayi saat menyusui lemah rewel, sering muntah, mengantuk berlebihan
- 5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, berdarah.
- 6) Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, tinja lembek/encer, sering berwarna hijau tua, ada lendir atau darah.
- 7) Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus menerus. Jika muncul tanda-tanda bahaya, ajarkan ibu untuk : Memberikan pertolongan pertama sesuai kemampuan kebutuhan sampai bayi memperoleh perawatan medis lanjutan, dan membawa bayi ke rumah sakit atau klinik terdekat untuk perawatan tindakan segera.

(ISNAENI, 2019)

f. Kunjungan Bayi Baru Lahir

Pelaksanaan kunjungan bayi baru lahir pada bayi Ny. N dilakukan sebanyak 3 kali kunjungan, yaitu kunjungan pada 6-7 jam, 6 hari, 2 minggu. Menurut Williamson (2014) kunjungan ulang minimal pada bayi baru lahir adalah pada usia 6-48 jam, pada usia 3-7 hari dan pada 8-28 hari. Ditinjau berdasarkan pelaksanaan dilapangan, kunjungan bayi baru lahir yang didapatkan bayi Ny. N sudah mencapai kunjungan minimal. Hal itu juga menunjukkan tidak ada kesenjangan teori dan praktik. (Bulan, 2015)

g. Kunjungan Bayi Barulahir

Pelayanan neonatal esensial setelah lahir atau Kunjungan Neonatal (KN) tetap dilakukan sesuai jadwal dengan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan dengan melakukan upaya pencegahan penularan COVID-19 baik dari petugas ataupun ibu dan keluarga.

Waktu kunjungan neonatal yaitu :

- i. KN 1 : pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 48 (empat puluh delapan) jam setelah lahir;
- ii. KN 2 : pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari setelah lahir;
- iii. KN3 : pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari setelah lahir.

Ibu diberikan KIE terhadap perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan tanda – tanda bahaya pada bayi baru lahir (sesuai yang tercantum pada buku KIA). Apabila ditemukan tanda bahaya pada bayi

baru lahir, segera bawa ke fasilitas pelayanan kesehatan. Khusus untuk bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), apabila ditemukan tanda bahaya atau permasalahan segera dibawa ke Rumah Sakit. (Kemenkes, 2020)

h. Pelayanan kebidanan Saat Pandemi

1. Tidak ada keluhan agar menerapkan isi buku KIA, lakukan pemantauan mandiri, jika ada keluhan/tanda bahaya pada ibu/BBL segera ke fasyankes
2. Pelayanan nifas dan BBL, dengan membuat janji melalui Telepon/WA
3. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dgn kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid+).
4. Pelayanan nifas & BBL dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 dan menerapkan protocol pencegahan Covid-19
5. Jika tidak dapat memberikan pelayanan, Bidan segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS
6. Lakukan Asuhan esensial Bayi Baru Lahir. Imunisasi tetap diberikan sesuai rekomendasi PP IDAI
7. Tunda kelas Ibu Balita atau dilakukan secara online
8. Konsultasi nifas & BBL, KIE, Konseling Laktasi, pemantauan Tumbang dilaksanakan secara on-line

9. Ibu nifas, pendamping & semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protocol pencegahan Covid-19 (Nurjasmi, 2020)

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Pengertian Keluarga Berencana menurut UU No. 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Untuk mencapai hal-hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga (Sulis, 2017).

b. Tujuan Keluarga Berencana :

- a. Fase menunda kehamilan Diperuntukkan bagi pasangan yang umur istrinya 20 tahun kebawah. Pilihan kontrasepsi yang rasional pada umur ini yang pertama adalah metode pil, yang kedua IUD,

setelah itu metode sederhana, kemudian implant dan yang terakhir adalah suntikan.

b. Fase menjarangkan kehamilan Diperuntukan bagi pasangan yang umur istrinya 20-35 tahun. Pilihan kontrasepsi rasionalnya ada dua yaitu yang pertama adalah untuk menjarangkan kehamilan 2-4 tahun maka kontrasepsi rasionalnya adalah IUD, suntikan, minipil, pil, implant dan metode sederhana. Yang kedua adalah untuk menjarangkan kehamilan 4 tahun keatas maka kontrasepsi rasionalnya adalah IUD, suntikan, minipil, pil, implant, KB sederhana, dan terakhir adalah steril.

c. Fase tidak hamil lagi Diperuntukan bagi pasangan yang umur istrinya 35 tahun keatas. Pilihan kontrasepsi rasional pada fase ini adalah yang pertama steril, kedua IUD kemudian implant, disusul oleh suntikan, metode KB sederhana dan yang terakhir adalah pil.

c. Manfaat program KB terhadap pencegahan kelahiran :

a) Untuk ibu, dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran maka manfaatnya:

1) Perbaiki kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.

2) Peningkatan kesehatan mental dan sosial yang di mungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan lainnya.

b) Untuk anak- anak yang lain, manfaatnya:

1) Memberi kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan Yang cukup dari sumber yang tersedia dalam keluarga.

2) Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber- sumber pendapatan keluarga yang tidak habis untuk mempertahankan hidup semata-mata.

c) Untuk Ayah, memberikan kesempatan kepadanya agar dapat :

1) Memperbaiki kesehatan fisiknya.

2) Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu terluang untuk keluarganya.

d) Untuk seluruh keluarga, manfaatnya :

Kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga tergantung dari kesehatan seluruh keluarga. Setiap anggota keluarga mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk memperoleh pendidikan. (Doroh, 2018)

d. Fisiologi / Patofisiologi (jenis kontrasepsi)

Menurut buku Pandun Praktis Pelayanan Kontrsepsi edisi 3 tahun 2011 kontrasepsi pascapersalinan meliputi :

1. Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat.

Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain:

a. Metode Amenorhea Laktasi

1) Pengertian Metode Amenorhea Laktasi adalah : kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan atau minuman apapun

2) Keuntungan MAL

a) Keuntungan kontrasepsi yaitu segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, dan tanpa biaya.

b) Keuntungan non-kontrasepsi Untuk bayi yaitu mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibodi

perlindungan lewat ASI), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, dan terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai.

Untuk Ibu yaitu mengurangi perdarahan pasca persalinan, mengurangi resiko anemia, dan meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi.

- 3) Kerugian/kekurangan/keterbatasan Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan, mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial, dan tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/ HBV dan HIV/AIDS
- 4) Indikasi MAL Ibu menyusui secara eksklusif, bayi berumur kurang dari 6 bulan, dan ibu belum mendapatkan haid sejak melahirkan.
- 5) Kontraindikasi MAL Sudah mendapat haid sejak setelah bersalin, tidak menyusui secara eksklusif, bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan, bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam, akibatnya tidak lagi efektif sebagai metode kontrasepsi. (Doroh, 2018)

b. Coitus Interruptus,

Senggama terputus (coitusinterruptus) Senggama terputus atau coitusinterruptus adalah salah satu cara alami yang bisa

dilakukan. Caranya dengan menarik penis keluar dari vagina pasangannya lalu berejakulasi diluar vagina dan menjauhkan cairan semen yang keluar dari vagina. Menurut laman resmi World Health Organization (WHO) mencoba untuk menjaga sperma tidak masuk vagina bisa efektif mencegah kehamilan dan pembuahan hingga 98 persen. Sayangnya kontrasepsi jenis ini sangat beresiko karena tepat waktu dalam menarik penis dari vagina sebelum ejakulasi bukanlah hal mudah. Sehingga sering kali ejakulasi sudah terjadi dalam vagina baru penis ditarik.

c. Metode Kalender,

Metode kalender atau metode ritme adalah jenis kontrasepsi dengan memantau pola siklus menstruasi perempuan selama 6 bulan terakhir. Cara menghitung masa subur perempuan adalah memantau pola siklus menstruasi selama 6 bulan, mengurangi 18 dari panjang siklus terpendek (perkiraan hari subur pertama) dan mengurangi 11 dari panjang siklus terpanjang (diperkirakan hari subur terakhir). Biasanya masa subur adalah hari ke 8 hingga 19 dari masing-masing siklus menstruasi 26 hingga 32 hari. Anda juga bisa menggunakan aplikasi untuk menghitung masa subur Anda secara otomatis.

Dengan metode ini perempuan bisa mengetahui kapan ia mengalami masa subur sehingga sangat tidak disarankan untuk

melakukan hubungan seksual saat masa subur. Dilansir dari laman resmi WHO 91 persen perempuan bisa terhindar dari kehamilan tidak direncanakan dengan menggunakan metode ini secara konsisten. Namun, cara ini bisa tidak efektif bila terjadi ovulasi dadakan selama masa kering atau masa tidak subur. Sebab ovulasi ini bisa menyebabkan kehamilan pada perempuan. Jika Anda memilih menggunakan metode ini ada baiknya Anda menghindari penggunaan obat-obatan seperti anxiolytics, antidepresan, NSAID, atau antibiotik tertentu yang dapat mempengaruhi waktu ovulasi.

d. Metode Lendir Serviks,

Metode Lendir Serviks adalah cara yang dilakukan perempuan untuk melacak masa subur mereka dengan mengamati keberadaan lendir serviks (jika ada jenis warna atau konsistensi). Metode ini mencegah kehamilan dengan menghindari hubungan seks tanpa kondom selama masa subur, menurut WHO metode ini 96 persen mencegah kehamilan asal dilakukan dengan benar dan konsisten. Namun metode ini sulit digunakan jika seorang perempuan memiliki infeksi vagina atau kondisi lain yang mengubah lendir serviks.

e. Metode Suhu Basal Badan,

Metode *Basal Body Temperature*(BBT) adalah metode yang bisa dilakukan perempuan dengan mengukur suhu tubuhnya

pada waktu yang sama setiap pagi sebelum turun dari tempat tidur untuk mengamati kenaikan 0,2 hingga 0,5 derajat celsius suhu tubuhnya. Metode ini bisa mencegah kehamilan dengan menghindari hubungan seks tanpa kondom selama hari-hari masa subur. Metode ini 99 persen efektif jika dilakukan dengan benar dan penggunaan yang konsisten. Jika BBT telah meningkat dan tetap lebih tinggi selama 3 hari penuh, maka ovulasi telah terjadi dan masa subur telah berlalu. Seks dapat dilanjutkan pada hari ke-4 sampai menstruasi bulanan berikutnya

f. Simptotermal

Metode Sympto-thermal adalah cara perempuan melacak masa subur mereka dengan mengamati perubahan lendir serviks (tekstur bening), suhu tubuh (sedikit meningkat) dan konsistensi serviks (pelunakan). Biasanya saat perempuan memasuki masa subur maka cairan yang keluar dari vagina akan berwarna bening dan lebih elastis. Menurut WHO metode ini 98 persen bisa mencegah kehamilan dengan menghindari hubungan seks tanpa kondom selama masa subur. Namun metode ini harus digunakan dengan hati-hati setelah aborsi dan dalam kondisi yang dapat meningkatkan suhu tubuh. (Perwitasari, 2019)

Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu :

1. Kondom,

Kondom memiliki dua jenis, yaitu kondom laki-laki dan kondom perempuan.

Kondom laki-laki Kondom laki-laki adalah jenis kondom yang digunakan oleh laki-laki dipenisnya. Kondom laki-laki digunakan saat penis sudah ereksi dan sebelum terjadi penetrasi ke vagina.

Kondom perempuan Kondom perempuan adalah jenis kondom yang digunakan oleh perempuan dengan cara dimasukkan ke dalam vagina. Kondom perempuan ini terdapat seperti bantalan di dalamnya untuk mencegah masuknya sperma ke serviks perempuan. Kondom perempuan ini bisa digunakan satu hingga dua jam sebelum melakukan hubungan seksual. Menurut WHO kondom laki-laki efektif mencegah kehamilan hingga 98 persen jika digunakan dengan benar dan konsisten. Kondom laki-laki juga efektif mencegah HIV serta penularan penyakit seksual lainnya. Sedangkan kondom perempuan bisa mencegah kehamilan hingga 90 persen jika digunakan secara benar.

2. Diafragma,

Kontrasepsi diafragma adalah kontrasepsi yang berbentuk kubah serta terbuat dari silikon. Setengah dari bagian kubah tersebut diisi dengan spermisida atau krim yang berfungsi untuk membunuh sperma agar tidak masuk ke vagina. Cara menggunakan alat ini adalah dengan memasukkan diafragma ke dalam vagina serta diletakkan di atas serviks sebelum berhubungan intim. (Perwitasari, 2019)

3. Cup serviks

kontrasepsi ini adalah menggunakan alat yang berbentuk cup. Bentuknya seperti diafragma, hanya besarnya harus disesuaikan dengan besar mulut rahim, yang ditentukan dengan pemeriksaan oleh Bidan atau Dokter.

4. Spermisida

alat kontrasepsi yang berbentuk cream, jelly, dan tablet atau cairan berbusa yang disebut spermisida.

Spermisida adalah suatu bahan kimia yang menghentikan gerak atau melumpuhkan spermatozoa di dalam vagina, sehingga tidak dapat membuahi telur.

Bahan kimia yang aktif ini berbentuk tablet, foam (busa), atau cream yang harus ditempatkan di dalam

vagina setinggi mungkin dekat serviks. Foam dan cream juga bertindak sebagai penghalang spermatozoa yang masuk ke dalam serviks (cara mekanis).

2. Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi.

Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan *implant*.

1. Pil :

Pil oral akan menggantikan produksi normal estrogen dan progesteron oleh ovarium. Pil oral akan menekan hormon ovarium selama siklus haid yang normal, sehingga juga menekan *releasing factors* di otak dan akhirnya mencegah ovulasi. Pemberian Pil Oral bukan hanya untuk mencegah ovulasi, tetapi juga menimbulkan gejala-gejala *pseudo pregnancy* (kehamilan palsu) seperti mual, muntah, payudara membesar, dan terasa nyeri.

1) Efektivitas : Efektivitas pada penggunaan yang sempurna adalah 99,5-99,9% dan 97% .

2) Jenis KB Pil yaitu:

a) Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, jumlah dan porsi hormonnya konstan setiap hari.

b) Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen, progestin, dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi.

c) Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dengan tiga dosis yang berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi setiap hari.

3) Cara kerja KB Pil menurut Saifuddin (2010) yaitu:

a) Menekan ovulasi

b) Mencegah implantasi

c) Mengentalkan lendir serviks

d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu.

4) Keuntungan KB Pil menurut Handayani (2010) yaitu:

- a) Tidak mengganggu hubungan seksual
- b) Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemia)
- c) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang
- d) Dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause
- e) Mudah dihentikan setiap saat
- f) Kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- g) Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, *acne*, *disminorhea*.

5) Keterbatasan KB Pil menurut Sinclair (2010) yaitu:

- a) *Amenorhea*
- b) Perdarahan haid yang berat
- c) Perdarahan diantara siklus haid
- d) Depresi
- e) Kenaikan berat badan
- f) Mual dan muntah

g) Perubahan libido

h) *Hipertensi*

i) Jerawat

j) Nyeri tekan payudara

k) Pusing

l) Sakit kepala

m) Kesemutan dan *baal bilateral* ringan

n) Mencetuskan *moniliasis*

o) *Cloasma*

p) *Hirsutisme*

q) *leukorhea*

r) Pelumasan yang tidak mencukupi

s) Perubahan lemak

t) *Disminorea*

u) Kerusakan toleransi glukosa

v) *Hipertrofi* atau *ekropi serviks*

w) Perubahan visual

- x) Infeksi pernafasan
- y) Peningkatan *episode sistitis*
- z) Perubahan *fibroid uterus* (Doroh, 2018)

2. Kontrasepsi Suntik

Kontrasepsi jenis suntik ini lebih dikenal dengan istilah KB suntik. KB suntik memiliki dua jenis, yaitu. KB suntik progesteron KB suntik progesteron adalah suntikan yang mengandung hormon progesteron dan disuntikkan ke dalam otot atau di bawah kulit setiap dua hingga tiga bulan sekali tergantung pada produk yang Anda pilih. Suntikan KB ini berfungsi mengentalkan lendir serviks untuk menghalangi sperma dan sel telur bertemu dan mencegah ovulasi.

KB suntik ini 99 persen efektif mencegah kehamilan bila digunakan dengan benar dan konsisten. Menurut WHO KB suntik ini berpotensi mengakibatkan penundaan kembali kesuburan perempuan sekitar 1 hingga 4 bulan setelah digunakan dan bisa mengakibatkan menstruasi yang tidak teratur tetapi tidak berbahaya. KB suntik kombinasi Suntikan bulanan atau kontrasepsi suntik kombinasi (CIC) ini disuntikkan setiap bulan ke dalam otot, mengandung

estrogen dan progestogen. Suntikan ini mencegah pelepasan telur dari ovarium (ovulasi). KB suntik jenis ini 99 efektif mencegah kehamilan bila digunakan secara benar konsisten.

Efek samping dari KB suntuk ini bisa mengakibatkan menstruasi tidak teratur yang umum, tetapi tidak berbahaya. (Perwitasari, 2019)

1. Implan

Implan atau yang lebih dikenal dengan nama KB implan adalah kontrasepsi berbentuk implan batang atau susuk KB atau kapsul kecil yang lentur dan diletakkan di bawah kulit lengan atas. Implan KB ini hanya mengandung hormon progestogen yang memiliki fungsi mengentalkan lendir serviks untuk menghalangi sperma dan sel telur bertemu dan mencegah ovulasi.

Kontrasepsi implan KB ini 99 persen efektif mencegah kehamilan dan dapat digunakan selama 3 hingga 5 tahun tergantung pada merk implan yang digunakan.

Implan ini berisi hormon jenis progesteron sintetis yang ditanamkan di bawah kulit atau alat kontrasepsi bagi wanita yang dipasang di bawah kulit lengan bagian atas yang

terdiri atas 6 kapsul berukuran kira-kira 3 cm berisi zat levonorgestrel.

Jenis-jenis implan yaitu :

(1) Norplant, terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, diisi dengan 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun.

(2) Implanon, terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, diisi dengan 68 mg etonogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.

(3) Jadena dan Inoplant, terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

Efek samping implan KB ini bisa menyebabkan menstruasi yang tidak teratur tetapi tidak berbahaya. (Perwitasari, 2019)

3. Metode Kontrasepsi non hormonal modern

1) AKDR / IUD

AKDR merupakan kontrasepsi yang dimasukkan melalui serviks dan dipasang di dalam uterus.

Cara kerja :

a. Menghambat kemampuan sperma untuk ke tuba fallopi

- b. Mempengaruhi fertilitasi sebelum ovum mencapai kavumuteri
- c. AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi
- d. Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus

Keuntungan AKDR :

- a. Efektivitas tinggi, 99,2 - 99,4% (0,6 – 0,8 kehamilan / 100 perempuan dalam 1 tahun pertama)
- b. Dapat efektif segera setelah pemasangan
- c. Metode jangka panjang
- d. Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
- e. Tidak mempengaruhi hubungan sosial
- f. Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- g. Tidak ada efek samping hormonal
- h. Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- i. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)

j. Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)

k. Tidak ada interaksi dengan obat-obat l. Membantu mencegah kehamilan ektopik

Keterbatasan :

- a. Tidak mencegah Infeksi Menular Seksual(IMS)
- b. Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
- c. Diperlukan prosedur medis termasuk pemeriksaan pelvis
- d. Klien tidak dapat melepas AKDR sendiri
- e. Klien harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini.

Yang dapat menggunakan AKDR :

- a. Usia produktif
- b. Keadaan nulipara
- c. Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
- d. Menyusui yang ingin menggunakan alat kontrasepsi
- e. Ibu pasca operasi sectiosesaria < 48 jam pasca salin

Yang tidak dapat menggunakan alat kontrasepsi AKDR :

- a. Sedang hamil
- b. Perdarahan pervagina yang tidak diketahui penyebabnya
- c. Sedang menderita alat infeksi genetalia
- d. Ukuran rongga rahim kurang 5 cm
- e. Penyakit trofoblas yang ganas
- f. Kelainan bawaan uterus yang abnormal

Efek samping :

- a. Amenorea
 - b. Kejang
 - c. Perdarahan pervaginam yang hebat dan tidak teratur
 - d. Benang yang hilang
 - e. Adanya pengeluaran cairan dari vagina (WULANSARI, 2017)
4. Metode Kontrasepsi Mantab

Metode kontasepsimantab adalah kontrasepsi jangka panjang yang cara penggunaanya dengan jalan operasi kecil pada alat reproduksi baik perempuan maupun laki- laki. Kontrasepsi Mantab terbagi

menjadi dua, yaitu tubektomi untuk perempuan dan vasektomi untuk laki-laki.

1) Tubektomi

Tubektomi adalah kontrasepsi sterilisasi yang dilakukan oleh perempuan dengan cara memblokir atau memotong tuba falopi. Tubektomi bertujuan menghalangi sel telur agar tak bertemu sperma dan terjadi pembuahan.

Tubektomi efektif 99 persen bisa mencegah terjadinya kehamilan tidak direncanakan. Tubektomi tidak memengaruhi kinerja seksual perempuan, yang terpenting saat memutuskan untuk vasektomi benar-benar merupakan pilihan sukarela dan tanpa paksaan.

2) Vasektomi

Vasektomi adalah kontrasepsi yang dilakukan oleh laki-laki dengan cara sterilisasi.

Vasektomi adalah kontrasepsi permanen yang memblokir atau memotong vas deferens tabung yang membawa sperma dari testis. Vasektomi menjaga sperma keluar bersama cairan semen saat terjadi ejakulasi.

Vasektomi 99 persen efektif mencegah kehamilan. Namun evaluasi cairan semen harus dilakukan paling tidak 3 bulan setelah pelaksanaan vasektomi untuk mengetahui apakah masih ada

sperma yang disimpan dan ikut keluar bersama cairan semen atau tidak. Vasektomi tidak memengaruhi kinerja seksual pria, yang terpenting saat memutuskan untuk vasektomi benar-benar merupakan pilihan sukarela dan tanpa paksaan. (Perwitasari, 2019)

e. Kebutuhan Pada Calon Akseptor KB

a. Konseling

Konseling merupakan suatu proses pemberian informasi obyektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan panduan komunikasi interpersonal. Proses konseling yang benar, obyektif dan lengkap akan meningkatkan kepuasan, kelangsungan dan keberhasilan penggunaan berbagai metode kontrasepsi.

Langkah-langkah dalam memberikankonseling dapat diterapkan 6 langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut:

- 1) SA: Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada klien dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apayang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

2) T: Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Perlihatkan bahwa kita memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien.

3) U: Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksinya yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi. Bantulah klien memilih jenis kontrasepsi yang paling dia inginkan, serta jelaskan pula kontrasepsi lain yang ada.

4) TU: Bantulah klien menentukan pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin dengan kondisi dan kebutuhannya. Doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapilah secara terbuka bantulah klien dalam mempertimbangkan kriteria dan keinginan klien terhadap setiap jenis kontrasepsi.

5) J:
Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan, perlihatkan alat/obat yang akan digunakan tersebut dan bagaimana cara penggunaannya. Beri penjelasan juga tentang manfaat dan metode kontrasepsi, misalnya kondom yang

dapat mencegah infeksi menular seksual (IMS). Cek pengetahuan dan pahami klien tentang penjelasan yang telah diberikan bidan dan berpujian apabila dapat menjawab dan menjelaskan dengan benar.

6) U: perlunya kunjungan Ulang, bicarakan dan buatlah perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan dan mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah. (Lilis Wiana Badria, 2018)

f. Pelayanan Kebidanan saat pandemik

1. Tidak ada keluhan, Akseptor IUD/Implan dapat menunda untuk kontrol ke Bidan. Pelayanan KB baru/kunjungan ulang - membuat janji melalui telp/WA
2. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades untuk informasi ttg status ibu (ODP/PDP/Covid +)
3. Pelayanan KB dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 atau 2. Konseling memotivasi menggunakan MKJP - tidak perlu control rutin (kecuali ada keluhan) -New Normal
4. Kunjungan ulang Akseptor Suntik/Pil tidak dapat diberikan, untuk sementara Ibu menggunakan kondom/pantang berkala/senggama terputus -bidan dptkerjasama dengan PLKB untuk distribusi pil

5. Akseptor, pendamping dan semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protocol pencegahan covid-19
6. Konsultasi KB, Penyuluhan dan Konseling dilakukan secara online - dimotivasi dan didorong utk beralih menggunakan MKJP – pilihan yg tepat di era New Normal - tidak perlu kontrol rutin (Nurjasm, 2020)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

A. Data Subjektif

1. Identitas

1) Nama

Untuk mengenal nama ibu dan mencegah kekeliruan bila terdapat nama yang sama (Manuaba, 2010)

2) Usia

Ibu hamil usia 20-35 tahun merupakan usia reproduksi sehat. Penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat (Manuaba, 2010)

3) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Manuaba, 2010).

4) Pendidikan

Tingkat pendidikan endah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang ade kuat (Manuaba, 2010)

5) Pekerjaan

Menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosial budaya dan tata pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Manuaba, 2010)

6) Suku

Berhubungan dengan budaya yang dianut oleh pasien dan keluarganya (Manuaba, 2010)

7) Alamat

Data mengenai distribusi lokasi pasien dan memberikan gambaran jarak dan waktu yang ditempuh untuk menuju lokasi kesehatan (Manuaba, 2010)

2. Keluhan utama

1) Hemoroid

Disebabkan konstipasi, progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usu besar. Selain itu pembesaran uterus meningkatkan tekanan yang spesifik pada vena hemoroid (Varney, 2010)

2) Sering BAK

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih. Aliran balik vena dan ekstermitas difasilitasi saat ibu sedang berbaring pada posisi lateral rekumben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior (Benson, 2013)

3) Kram tungkai

Uterus yang membesar memberi tekanan baik pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau syaraf sementara saraf ini melewati foramen oborator dalam perjalanan menuju ekstermitas bagian bawah (Manuaba, 2010)

4) Konstipasi

Akibat penurunan peristaltik yang disebabkan karena relaksi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan progesteron (Manuaba, 2010)

5) Sesak nafas

Uterus akan mengalami pembesaran sehingga terjadi penekanan pada diafragma selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm (Morgan, 2010)

3. Alasan datang

Alasan wanita datang ketempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-kata sendiri (Hani, dkk, 2011)

4. Riwayat menstruasi

Dikaji antara lain adalah umur menarche, siklus lamanya, banyaknya darah dan adanya dismenorea. Selain itu, kaji pula HPHT (hari pertama haid terakhir) ibu. HPHT merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan apakah cukup bulan atau prematur. Mengkaji pula kapan bayi akan lahir dan taksiran persalinan ibu (Rohani, 2011)

5. Riwayat Obstetri

- 1) Gravida/para
- 2) Tipe golongan darah
- 3) Kehamilan yang lalu
 - a. Tanggal persalinan
 - b. Usia gestasi
 - c. Tempat lahir
- 4) Bentuk persalinan (spontan, SC, forceps atau vakum ekstraksi)
- 5) Masalah obstetri, medis dan sosial lain dalam kehamilan dalam persalinan, dalam nifas, berat badan bayi, jenis kelamin, kelainan kongnital bayi, dan

komplikasi yang seperti ikterus, status bayi saat lahir, status kehidupan bayi, jika meninggal penyebabnya. Ini akan mempengaruhi prognosis persalinan dan pempimnan persalinan karena jalannya persalinan adalah hasil ujian yang mempengaruhi persalinan (Hani, dkk, 2011)

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

Untuk meentukan umur kehamilan dengan tepat. Dan setelahnya bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan kehamilan yang bisa terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi (Rukiyah, 2014)

7. Riwayat KB

Dapat diperoleh data yanitu jenis kontrasepsi yang dipakai, efek samping , alasan berhenti, penggunaan alat kontrasepsi dan lama penggunaannya (Rohani, 2011)

8. Riwayat Kesehatan Keluarga

Berhubungan dengan ayah, ibu, saudara kandung kakek,nenek, paan, yang dikaji meliputi usia ayah/ibu juga status (hidup atau mati). Adanya riwyat keluarga yang memiliki penyakit yang menular, menahun, dan menurun (Rukiyah, 2011)

9. Pola Fungsi Kesehatan

1) Nutrisi

a. Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori.

Jumlah kalori yang berlebihan dapat menyebabkan obesitas dan merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsi.

b. Protein

Protein merupakan bahan pokok untuk tumbuh kembang janin. Tambahan ekstra telur 1-2 butir cukup untuk menambah kebutuhan protein saat hamil dan laktasi.

c. Kalsium

Kebutuhan kalsium tertinggi pada trimester terakhir. Penyerapan kalsium lebih efisien selama kehamilan tetapi tetap penting untuk mengonsumsi banyak makanan yang kaya kalsium. Sumber kalsium yang terbaik diperoleh dari produk-produk susu seperti susu, keju, yoghurt, dan sayuran berdaun hijau tua (Medforth, 2012:54).

d. Zat besi

Zat besi dibutuhkan oleh janin dan ibu sebagai cadangan untuk kehilangan darah selama kehamilan. Sumber zat tersebut dapat diperoleh dari daging merah tanpa lemak, daging ayam, dan ikan. Zat besi dari sumber hewani diserap lebih baik dibandingkan dengan sayuran hijau, sereal roti, kacang-kacangan, dan buah yang dikeringkan. Vitamin C membantu penyerapan zat besi jika dikonsumsi bersamaan.

e. Asam folat

Asam folat adalah vitamin B larut air yang dibutuhkan untuk sintesis DNA dan memiliki peran penting dalam pembelahan dan perkembangan sel. Folat adalah derivat asam folat yang ditemukan secara alamiah didalam makanan. Sumber yang paling kaya asam folat adalah sayuran berdaun hijau, kentang, sayuran lain serta kacang-kacangan (Medforth, 2012:61)

2) Eliminasi

Pada wanita hamil mungkin terjadi obstipasi karena kurang gerak badan, peristaltik menurun karena pengaruh hormon dan tekanan pada rektum oleh kepala (Indrayani, 2011:180). Sedangkan untuk BAK ibu trimester III mengalami ketidaknyamanan yaitu sering kencing (Romauli, 2011:139). Karena bagian terendah janin sudah masuk rongga panggul sehingga rahim akan menekan kandung kemih (Indrayani, 2011:180).

3) Pola aktivitas

Aktivitas fisik meningkatkan rasa sejahtera ibu hamil. Aktivitas fisik meningkatkan sirkulasi, membantu relaksasi dan istirahat, dan mengatasi kebosanan yang juga dialami oleh wanita yang tidak hamil. Anjuran supaya pasien mempelajari latihan kegel untuk memperkuat otot-otot di sekitar organ reproduksi dan meningkatkan tonus otot.

4) Pola istirahat dan tidur

Istirahat cukup minimal 8 jam pada malam hari dan 2 jam di siang hari. Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Posisi

miring kiri dianjurkan untuk meningkatkan perfusi uterus dan oksigenasi fetoplasenta dengan mengurangi tekanan pada vena kavaasendan /hipotensi supine (Bobak, 2005:180).

5) Pola seksual

Sering dijumpai bahwa hubungan seksual dapat menimbulkan abortus, persalinan prematur. Hubungan seksual setelah umur kehamilan 30 minggu berbahaya karena terdapat kemungkinan persalinan premature. Cairan prostat mengandung banyak prostaglandin sehingga dapat merangsang timbulnya his yang akan terus berlanjut menuju persalinan prematur. Namun hubungan seksual saat hamil bukanlah merupakan halangan, asalkan dilakukan dengan hati-hati (Manuaba,2010:192).

6) Personal Hygiene

Perawatan gigi selama masa hamil merupakan hal yang sangat penting. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan karies gigi dapat timbul. Penggunaan pakaian ketat pada perineum mempermudah timbulnya vaginitis dan miliaria (ruam panas). Kerusakan sirkulasi di

ekstremitas bawah mempermudah terjadinya varises
(Bobak, 2005: 177).

7) Riwayat kebiasaan

a. Merokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayi. Bayi akan mengalami kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa ditransfer melalui plasenta ke dalam tubuh bayi (Marmi, 2010)

b. Alkohol

Masalah yang timbul oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan syaraf terkait alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011)

c. Obat Terlarang

Pengobatan saat hamil harus selalu memperhatikan apakah obat tersebut aman untuk janin atau tidak (Manuaba, 2010)

10. Riwayat Psikososial dan Budaya

Status perkawinan : usia pertama kali menikah, status pernikahan sah/tidak lama menikah, pernikahan sekarang dengan suami keberapa (Manuaba, 2010)

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan umum

kesadaran penderita sangat penting dinilai, dengan melakukan anamnesis. Kesadaran dinilai baik jika dapat menjawab semua pertanyaan (penderita sadar akan menunjukkan tidak ada kelainan psikologis) (Bobak, 2010: 161).

2) Kesadaran

Mengetahui bagaimana kesadaran umum pasien apakah composmentis/ apatis/ koma

3) Tanda-tanda vital

a. Tekanan darah

b. Nadi

c. Pernafasan

d. Suhu

4) Antropometri

a. Tinggi badan

Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm, tergolong resiko tinggi (Romauli, 2011:173)

b. Berat badan

Berdasarkan *BodyMass Index* (BMI) dasar perhitungannya

adalah $BB \text{ kg} / TB^2$ (dalam meter).

Tabel 2.7 : Gambaran bertambahnya berat badan ibu hamil

BMI sebelum hamil	Total Bertambah Berat Badan (Kg)
Rendah (BMI) kurang 19,8	12,5-18
Normal (BMI) antara 19,8-26	11,5-16
Tinggi (BMI) antara lebih 26-29	7-11,5
Gemuk (BMI) lebih	Kurang 7

c. Lingkar lengan atas

> 23,5 cm. Jika < 23,5 merupakan indikator status gizi kurang, sehingga beresiko untuk melahirkan BBLR (Prawirohardjo dalam Romauli, 2011 : 173).

2. Pemeriksaan Fisik

a) Kelapa

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu

b) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan.

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia.

d) Gigi

Adanya caries atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi caries yang berkaitan dengan emesis atau hiperemesis gravidarum. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Suryani & Handayani, 2018)

e) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis.

f) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih

g) Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronhci, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Suryani & Handayani, 2018)

h) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien multigravida

yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan

i) Abdomen

Ukuran uterus dapat dikaji melalui observasi. Kandung kemih yang penuh, kolon yang terdistensi, atau obesitas, dapat memberi kesan yang salah tentang ukuran janin. Pada sebagian besar kasus, bentuk uterus lebih panjang ketika janin berada pada posisi longitudinal.

j) Genetalia

Pemeriksaan alat genetaliaeksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus, dan pertumbuhan abnormal (kondilomaakuminata-lata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar Bartholini(Yulita et al., 2019)

k) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid

l) Ekstermitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia.

3. Pemeriksaan Khusus

A. Tinggi fundus uteri (TFU)

Dengan cara Mc Donald untuk mengetahui TFU dengan pita ukur dengan cara memegang tenda 0 pita pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita secara

longitudinal sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus sehingga dapat ditentukan TFU (Astriana, 2017)

B. Tafsiran Berat Janin

Dihitung dengan rumus dari Johnson Tausak (TFU (cm) – nx155= TBJ). Bila kepala diatas spin ischiadica maka n-12. Bila kepala diatas ischiadica maka-11 (Yulita et al., 2019)

C. Pemeriksaan Leopold

1) Leopold I

Leopold I digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan juga untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundusuteri (bagian atas perut ibu) (Suryani & Handayani, 2018)

langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu:

- a) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- b) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- c) Rahim dibawa ke tengah
- d) Tinggi fundusuteri ditentukan
- e) Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus. Sifat kepala ialah

keras, bundar dan melenting. Sifat bokong lunak, kurang bundar dan kurang melenting. Pada letak lintang fundusuteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundusuteri.

2) Leopold 2

Leopold II digunakan untuk menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus, pada letak lintang tentukan di mana kepala janin. (Suryani & Handayani, 2018)

langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu:

- 1) Kedua tangan pindah ke samping
- 2) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar.

- 3) Kadang-kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang

- a. Variasi Budin : Menentukan letak punggung dengan satu tangan

menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin.

- b. Variasi Ahfeld : Menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tangan perut.

3) Leopold 3

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu:

- 1) Dipergunakan satu tangan saja
- 2) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- 3) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan
- 4) Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh Pintu Atas Panggul (PAP).

4) Leopold 4

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu:

- 1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki pasien.
- 2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah

- 3) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
- 4) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar.

D. Pemeriksaan Denyut Jantung

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut per menit. Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen). Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga (Suryani & Handayani, 2018)

E. Perlimaan

Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada diatas tepi simfisi dan dapat diukur dengan 5 jari pemeriksaan (Handayani, 2018)

- 1) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis

- 2) $4/5$ jika sebagian $1/3$ bagian janin telah memasuki rongga panggul
- 3) $3/5$ jika sebagian $2/5$ bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul
- 4) $2/5$ jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan $3/5$ bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan)
- 5) $1/5$ jika hanya 1 dan 5 masih dapat teraba bagian janin yang berada di atas simfisis dan $4/5$ bagian telah masuk ke dalam rongga panggul
- 6) $0/5$ jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul

F. Bidang Hodge

- 1) Bidang Hodge I : bidang setinggi PAP yang dibentuk oleh promotorium, artikulasiosakroiliaka, sayap sakum, lineainominata, ramus superior os, pubis tepi atas simpisispubis.
- 2) Bidang Hodge II : bidang setinggi pinggir bawah simpisispubis, berhimpit dan PAP (Hodge I)

- 3) Bidang Hodge III : bidang setinggi ischiadicaberhimpitan dengan PAP (Hodge I)
- 4) Bidang Hodge IV : bidang setinggi ujung koksigis berhimpit dengan PAP (Hodge I) (Manuaba,2010)

4. PemeriksaanPenunjang

Pemeriksaandarah

1) Hemoglobin

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb 11 gr%, anemia ringan jika Hb 9-10 gr%, anemia sedang jika Hb 7-8 gr%, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba, 2010)

2) Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor Rhesus (Rh). Ibu dengan rhesus negatif beresiko mengalami keguguran, amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi anti-gammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan respons antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus.(Manuaba, 2010)

3) HBsAg

4) Pemeriksaan protein urin

Urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain:

a) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.

b) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.

c) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

5) USG

Penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara :

a) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS = Gestationalsac) untuk kehamilan 0-12 minggu.

- b) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI = Groun Rum Length) untuk umur kehamilan 7-14 minggu.
- c) Dengan mengukur diameter biparietal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu

6) KSPR

Kartu skor puji rochyati dapat digunakan untuk mendeteksi resiko ibu hamil. Terdiri dari kehamilan resiko rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, kehamilan resiko tinggi (KRT) DENGAN SKOR 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter kehamilan yang beresiko sangat tinggi (KRST) dengan skor > 12 ditolong oleh dokter (Direktur Kemenkes RI, 2010)

C. Diagnosakebidanan

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengakajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat(Direktur Kemenkes RI, 2010)

Diagnosa : G1/>1 PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2010)

Dengan kemungkinan masalah : edema, nokturia, hemoroid, konstipasi, sesak nafas, pusing, dan nyeri pinggang.

D. Perencanaan

Diagnosa kebidanan : G1/>1 PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2010)

Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan

Kriteria :

- 1) Keadaan umum baik.
- 2) Kesadaran composmentis.
- 3) Tanda-tanda vital normal (TD:100/70-130/90 mmHg, N:76-88 x/menit, S:36,5 – 37,5°C, RR:16-24 x/menit).
- 4) Pemeriksaan laboratorium.
- 5) Hb \geq 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine(-).
- 6) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur
- 7) TFU sesuai dengan usia kehamilan.
- 8) Situs bujur dan presentasi kepala

Intervensi menurut (Manuaba, 2010) yaitu:

1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

R/ Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

2) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III.

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

3) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil.

R/ Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar.

4) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

R/ Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

5) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/ Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta

meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu

6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/ Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

7) Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

R/ Memantau keadaan ibu dan janin, serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi.

Masalah 1 : Edema Dependen

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen).

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang.

Intervensi menurut (Manuaba, 2010) yaitu:

1) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

R/ Ibu mengerti penyebab edema dependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring.

2) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan.

R/ Mengurangi tekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema.

- 3) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan tekanan pada vena dalam panggul.

- 4) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

R/ Pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas bawah.

- 5) Anjurkan pada ibu menggunakan stoking elastik.

Kenakan sebelum bangun dari tempat tidur

R/ Karena penggunaan stoking elastik dapat membantu aliran balik vena.

- 6) Hindari konsumsi natrium berlebihan dalam diet

R/ Karena dengan mengurangi konsumsi natrium diharapkan oedema tidak semakin parah

Masalah 2 : Nokturia/ sering BAK malam hari

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia)

Kriteria : Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari

Infeksi saluran kencing tidak terjadi, Intervensi menurut

Ratna (2012) :

- 1) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing

R/ Ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.

- 2) Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, softdrink.

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

- 3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

- 4) Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kencing dahulu.

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

Masalah 3 : Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

Intervensi menurut Romauli (2011), yaitu:

- 1) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur

R/ Berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.

2) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet
R/ Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat, keras

3) Anjurkan ibu minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong)

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang

BAB

4) Anjurkan ibu melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.

R/ Memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

Masalah : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria :

- 1) BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak
- 2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Ratna (2012), yaitu:

- 1) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

R/ Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.

- 2) Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi

R/ Minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

- 3) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

R/ Olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk sistem pencernaan.

- 4) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

- 5) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

R/ Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi.

- 6) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.

R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

- 7) Anjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan daerah anus

R/ Dengan menjaga kebersihan daerah anus diharapkan dapat terhindar dari infeksi

Masalah : Sesak nafas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya dan kebutuhan O₂ ibu terpenuhi

Kriteria :

- 1) Frekuensi pernapasan 16-24 x/menit
- 2) Ibu menggunakan pernapasan perut

Intervensi menurut Hani (2011) yaitu :

- 1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas

R/ Ibu mengerti penyebab sesak nafas yaitu karena membesarnya uterus.

- 2) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi.

R/ Menghindari penekanan diafragma.

- 3) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/ Merelaksasi otot-otot.

- 4) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

R/ Aktivitas berat menyebabkan energi yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O₂.

- 5) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R/ Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

Masalah : Pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan kelelahan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas.

Kriteria :

- 1) Pusing berkurang
- 2) Kesadaran composmetis
- 3) Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan.

Intervensi menurut (Manuaba, 2010) yaitu:

- 1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing
R/ Ibu mengerti penyebab pusing karena hipotensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis.
- 2) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat.
R/ Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur.
- 3) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.
R/ Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.
- 4) Jelaskan untuk menghindari posisi telentang.
R/ Sirkulasi O₂ ke otak lancar.

Masalah : Nyeri punggung bawah

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi (nyeri punggung)

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut (Manuaba, 2010), yaitu:

- 1) Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekukkan kaki.
- 2) R/ Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain akan memberi jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.
- 3) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.
R/ Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebra lumbosakral dan pengencangan otot-otot punggung.
- 4) Anjurkan tidur miring kiri dan perut diganjal bantal
R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentumrotundum
- 5) Gunakan sepatu tumit rendah.

R/ Sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis.

- 6) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal.

R/ Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan.

- 7) Berikan kompres hangat dan pijatan ringan pada punggung yang nyeri

R/ Dengan mengompres hangat dan pijatan ringan pada punggung yang nyeri diharapkan dapat melemaskan otot-otot yang tegang.

E. Implementasi

Bidan melaksanakan asuhan kebidanan secara komperhensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidencebased kepada pasien/klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. (Kemenkes RI, 2011)

F. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang telah diberikan sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.

Hasilevaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi pasien
(Direktur Kemenkes RI, 2010)

G. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ followup dan rujukan.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Persalin Pada Persalinan

A. Data Subyektif

1. Identitas

a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda.

b) Usia

Wanita yang berusia lebih dari 34 tahun cenderung menjalani seksiosesarea. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklampsia. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II (yang menyebabkan peningkatan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis tipe II); hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden preeklapsia dan abrupsi plasenta. Persalinan yang lama pada nulipara, seksiosesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varneyetal, 2007: 691

c) Agama

d) Pendidikan

e) Alamat

2. Keluhanutama

Menurut Manuaba (2010) tanda-tanda persalinan adalah:

1. Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.
2. Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.
3. Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut Manuaba (2010: 173) adalah:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus Frankenhauser.

3. Riwayat kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk atau berpeluang menyebabkan bayi sakit atau meninggal.

Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

a) Penyakit Jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitralstenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami atrialfibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/ autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus

menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah dari ibu ke janin. (Saifuddin, 2010: 769).

Stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium, yaitu :

- a. Kelas I : Tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa.
- b. Kelas II : Waktu istirahat tidak terdapat gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung (cepat lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, edema tungkai/tangan).
- c. Kelas III : Gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung.
- d. Kelas IV : Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung.

Persalinan pervaginam diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung kelas I dan II.

b) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur,

penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruptio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksiosesarea (Fraseretal, 2009: 322).

c) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atoniauteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atoniauteri (Manuaba, 2010: 240).

d) Hipertiroidisme

Menurut Fraseretal (2010: 346) hipertiroidisme pada kehamilan berhubungan dengan peningkatan insiden preeklamsia, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan kematian janin.

e) Gonore

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan prematur (Fraseretal, 2010)

f) Diabetes melitus

Idealnya, pada ibu yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan

4. Riwayat menstruasi

Menurut Marmi 2014 riwayat menstruasi meliputi :

- a) Menarche : terjadinya haid pertama kali yang terjadi pada usia pubertas yaitu 12-16 tahun.
- b) Siklus haid : siklus haid klasik adalah 28hari kurang lebih 2 hari sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung tipe wanita
- c) HPHT : dijabarkan untuk menghitung tanggal tafsiran persalinan

5. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Riwayat melahirkan preterm meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan preterm lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran preterm dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Wanita yang pernah melahirkan Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) berisiko kembali melahirkan bayi BKMK. Catatan berat badan bayi dan usia gestasi dapat dipakai untuk mengidentifikasi adanya bayi BKMK (Wheeler, 2004: 10-11). Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh,

tetapi tidak lebih dari 380C. Bila terjadi peningkatan melebihi 380C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (afterpain) terutama pada multipara

6. Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut Saifuddin (2014: 90-91) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundusuteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan. Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam.

7. Riwayat keluargaberencana

Riwayat KB digunakan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi Estimated Date OfDelivery (EDD) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu menanggali kehamilan.

8. Pola kehidupansehari-hari

a) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif

b) Eliminasi

Saat janin mulai turun ke pelvis, kandung kemih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan kepala. Dasar kandung kemih dapat terkompresi diantara gelang pelvik dan kepala janin. Risiko trauma semakin besar jika kandung kemih mengalami distensi. Ibu harus dianjurkan untuk berkemih diawal kala II (Fraseretal, 2010). Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih

terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin (Wiknjosastro, 2010). Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang besar saat fase aktif, lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum

c) Aktivitas

Wanita yang biasanya berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitasnya teratur. Pada kala I bila kepala janin sudah masuk ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan untuk duduk/berjalan-jalan di sekitar kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP anjurkan pasien untuk tidur miring kiri/kanan. Klien dapat tidur terlentang miring kiri kanan tergantung letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I-IV

d) Istirahat dan tidur

Pengkajian aktivitas sehari-hari pasien perlu dikaji karena data ini memberikan gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang dilakukan di rumah

e) Personal Hygiene

Data ini berkaitan dengan ketidaknyamanann pasien dalam proses persalinan. (Manuaba, 2010)

f) Pola Seksual

Riwayat abortus spontan atau ancaman abortus >1x, keguguran yang nyeri terjadi pada TM II ketuban pecah dini, pendarahan atau sakit perut pada kehamilan TM III merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme. (Marmi, 2011)

9. Riwayat ketergantungan

Wanita yang amyak merokok melahirkan anak yang lebih kecil, atau muda mengalami abortus dan pertusprematurus. Ketergantungan selanjutnya pada obat-obatan terutama pada TM I dan II kehamilan mengakibatkan kelainan organ janin (Manuaba, 2010)

10. Data personalsosaial dan budaya

Status perkawinan : usia permana kali menikah, status pernikahan sah/tidak, lama menikah, pernikahanasekaraang adalah dengan suami keberapa (Sulistyawati, 2010)

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmetis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang) (Romauli, 2011).

2. Tanda- tanda vital

a. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varneyetal, 2010). Tekanan darah diukur tiap 2-4 jam sekali, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah juga harus dipantau dengan sangat cermat setelah anestetik epidural atau spinal. Hipotensi dapat terjadi akibat posisi telentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu preeklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan,

persalinan lebih meningkatkan tekanan darah (Fraseretal, 2010).

b. Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varneyetal, 2007: 483). Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Jika frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 denyut per menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat (Fraseretal, 2010)

c. Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 10 C yang mencerminkan peningkatan

metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi dan parameter lain harus dicek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Varneyetal, 2010).

d. Pernafasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varneyetal, 2010)

3. Pemeriksaanfisik

a. Kepala

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik pre eklampsia.

b. Muka

Tampak cloasmagravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab, bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuan (Romauli, 2011)

c. Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal

berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia (Romauli, 2011)

d. Telinga

Telinga normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, berbentuk simetris

e. Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut.

f. Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2010)

g. Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronchi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal.

h. Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puti yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui.

i. Abdomen

Pada ibu bersalin perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan.

Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih. Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan

ntuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih. Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdomen untuk memastikan integritas uterus.

j. Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa blodyslym, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II. Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya.

k. Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar pangul dan mulai membuka pintu

1. Ekstermitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2010: 163). Edema ekstremitas merupakan tanda klasik preeklampsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar.

4. Pemeriksaankhusus

a. Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi di atas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya engagement, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin.

b. Menghitung Tinggi Fundus Uterus (TFU)

c. Menentukan Tafsira Berat Janin (TBJ)

d. Penurunan kepala

Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas

simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaanan).

Tabel

Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaanan.

Bidang Hodge Panggul

- 1) Bidang Hodge I : Yaitu batas promontorium pinggir atas simfisis
- 2) Bidang Hodge II : Yaitu bidang sejajar H-I setinggi tepi bawah simfisis
- 3) Bidang Hodge III : Yaitu bidang setinggi spina ischiadica,
- 4) Bidang Hodge IV : Yaitu bidang setinggi ujung bawah osoccygis
- e. Penilaian denyut jantung janin (DJJ)
- f. His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2010: 173).

Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

- 1) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks

membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif

2) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi

3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban

4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu

g. Pemeriksaan Dalam

1) Memeriksa genitaliaeksterna, memerhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kondiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.

2) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium :

- a. Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.
 - b. Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.
 - c. Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf.
 - d. Jika mekonium kental, menilai DJJ dan merujuk.
 - e. Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi tanda infeksi.
 - f. Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.
- 3) Adanya luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.
- 4) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.

- 5) Memastikan tali pusat dan/ atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan periksa dalam.
- 6) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul.
- 7) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

5. Pemeriksaan panggul

Pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, untuk ukuran perlu diperhatikan hal berikut:

- 1) Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti ada kesempitan panggul
- 2) Normal lineainominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul
- 3) Spina ischiadika normal, tidak menonjol ke dalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul

- 4) Sudut arcuspubis $> 90^\circ$, bila kurang berarti ada kesempitan panggul
- 5) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis.

6. Pemeriksaan penunjang

a. Urine

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, keton, dan protein. Keton dapat terjadi akibat kelaparan atau distress maternal jika semua energi yang ada telah terpakai. Kadar keton yang rendah sering terjadi selama persalinan dan dianggap tidak signifikan. Kecuali pada ibu non-diabetik yang baru saja mengonsumsi karbohidrat atau gula dalam jumlah besar, glukosa ditemukan dalam urine hanya setelah pemberian glukosa intravena. Jejak protein bisa jadi merupakan kontaminan setelah ketuban pecah atau tanda infeksi urinaria, tetapi proteinuria yang lebih signifikan dapat mengindikasikan adanya preeklamsi.

b. Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg

c. Ultrasonografi (USG)

USG tidak berbahaya untuk janin karena menggunakan prinsip sonar (bunyi) sehingga boleh digunakan pada kehamilan muda.

C. Diagnosa Kebidanan

G \geq 1P0/> UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

a. Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan

b. Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan. Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam pelaksanaan. Partograf memberi peringatan pada petugas kesehatan bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat janin dan ibu bahwa mungkin ibu perlu dirujuk (Saifuddin, 2008: 104). Tujuan utama dari penggunaan partograf pada fase aktif adalah untuk :

a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.

b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.

c) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir. Manfaat partograf jika digunakan secara tepat dan konsisten akan membantu penolong persalinan untuk :

- (1) Mencatat kemajuan persalinan.
- (2) Mencatat kondisi ibu dan janin
- (3) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- (4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.
- (5) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik sesuai dan tepat waktu.

c. Partograf harus digunakan :

- a) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi, dan

membuat keputusan klinik, baik persalinan dengan penyulit maupun tidak disertai penyulit.

b) Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dan lain – lain).

c) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya

d. Penggunaan partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat, dan tepat waktu serta membantu mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka (Setyaningrum, 2013: 18).

e. Catat hal-hal berikut pada partograf :

a) Informasi pasien : isi nama, status gravida, status paritas, nomer register, tanggal dan jam masuk rumah sakit, serta jam pecah ketuban atau lama waktu ketuban pecah (apabila pecah ketuban terjadi sebelum pencatatan pada partograf dibuat).

b) Denyut jantung janin. Catat setiap 30 menit

c) Air ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina :

(1) U : Selaput utuh.

(2) J : Selaput pecah, air ketuban jernih.

(3) K : Air ketuban kering

(4) M : Air ketuban bercampur mekoneum.

(5) D : Air ketuban bernoda darah.

f. Perubahan bentuk kepala janin (Molase atau molding) :

a) 0 : tulang – tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi

b) 1 : tulang – tulang kepala janin saling bersentuhan

c) 2 : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan

d) 3 : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

2. Pembukaan mulut rahim (Serviks). Dinilai pada setiap pemeriksaan vaginam dan diberi tanda (x).
3. Penurunan mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisis pubis catat dengan tanda lingkaran (0) pada setiap pemeriksaan dalam.
4. Waktu : Menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.
5. Jam : Catat jam sesungguhnya.
6. Kontraksi. Catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik.
 - a. Kurang dari 20 detik.

- b. Antara 20 dan 40 detik.
 - c. Lebih dari 40 detik.
7. Oksitosin. Bila memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit.
8. Obat yang diberikan. Catat semua obat lain yang diberikan.
9. Nadi. Catatlah setiap 30 menit dan ditandai dengan sebuah titik besar
10. Tekanan darah. Catatlah setiap 4 jam dan ditandai dengan anak panah.
11. Suhu badan. Catatlah setiap dua jam.
12. Protein Aseton dan volume urine. Catatlah setiap kali ibu berkemih.
 - a. Bila temuan-temuan melintas ke arah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencari rujukan yang tepat
13. Kala II dengan kemungkinan masalah:
 - a) Kekurangan cairan
 - b) Infeksi
 - c) Kram Tungkai
 - b. b. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).
 - c. $P \geq 1$ Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah :
 - (1) Retensio plasenta
 - (2) Avulsi tali pusat

(3) Plasenta yang tertahan.

d. $P \geq 1$ Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi :

(1) Atoniauteri

(2) Robekan vagina, perineum atau serviks

(3) Subinvolusio sehubungan dengan kandung kemih penuh

5) Perencanaan

$G \geq 1P0 / > UK$ 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat

Kriteria :

1) KU baik, kesadaran komposmentis

2) TTV dalam batas normal

a. T : 100/60 – 130/90 mmHg

b. S : 36 – 37°C

c. N : 80–100x/menit

d. R : 16 – 24x/menit

3) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik

- 4) Kala I pada primigravida < 13 jam sedangkan multigravida < 7 jam
- 5) Kala II pada primigravida < 2 jam sedangkan pada multigravida < 1 jam
- 6) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif
- 7) Kala III pada primigravida < 30 menit sedangkan multigravida < 15 menit
- 8) Plasenta lahir spontan, lengkap
- 9) Perdarahan < 500 cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2010)

1. Implementasi

Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga.

1. Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

R/Ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

2. Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum. Asupan cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam mengejan.

R/Persiapan energi ibu untuk persalinan.

3. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring kiri.
4. Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring telentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring telentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi uteroplasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring telentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat peurunan kepala janin.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

5. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

- a) Bila his jarang, bagian terendah belum masuk pintu atas panggu dan ketuban \emptyset maka pasien diperbolehkan jalan agar his bertambah kuat dan sering.

- b) Bila his jarang, kepala belum masuk pintu atas panggul dan ketuban Ø ibu tidak boleh jalan, dianjurkan tidur miring kiri untuk menghindari kelainan letak.
- c) Bila his kuat, kepala masuk pintu atas panggul, ketuban Ø pasien tidak boleh jalan karena dengan jalan his akan bertambah kuat dan lebih cepat
- d) mendorong anak, sehingga persalinan akan terjadi terlalu cepat.
- e) Bila his kuat, presentasi sudah masuk lebih dalam, ketuban Ø atau Ø, penderita tidak boleh jalan dan harus tidur miring kiri agar tidak terjadi persalinan yang terlalu cepat.

R/Mempercepat penurunan kepala janin

2. Observasi TTV

- a. DJJ setiap ½ jam
- b. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam
- c. Nadi setiap ½ jam
- d. Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi
- e. Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi
- f. Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
- g. Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam

R/Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

6. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam. Dalam proses persalinan harus berkemih tiap 2 jam/lebih, kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala, selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta, dan perdarahan pasca persalinan.

R/ Kandungan kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

7. Tunggu pembukaan lengkap. Jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal. Berikut langkah-langkah asuhan persalinan normal berdasarkan Panduan Pelatihan Persalinan Normal:

- a) Mengenali tanda dan gejala kala II.

R/Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.

1. Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II.
 - b) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
 - c) Ibu merasa adanya tekanan pada anus
 - d) Perineum menonjol

e) Vulva dan sfingter ani membuka

i. Menyiapkan pertolongan persalinan

R/Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan.

1. Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Mematahkan ampul oksitosin 10 UI, dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai dalam partus set. Untuk persiapan jika bayi mengalami asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersiah dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.
2. Mengenakan baju panutup/ celemek bersih.
3. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
4. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
5. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

ii. Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.

R/Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya rupturportio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.

1. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

a. Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, membersihkan dengan seksama dari depan ke belakang.

b. Membuang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

c. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% , kembali ke langkah 9).

2. Dengan teknik antiseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.

3. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam

dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

4. Memeriksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160) x /menit.

- a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian.
- iii. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

8. R/Persiapan keluarga dan klien yang optimak akan membuat klien dan keluarga lebih kooperatif.

1. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya. Menunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan

dokumentasikan semua temuan yang ada.

- a. Menjelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

2. Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diingimkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

3. Melakukan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

- a. Membimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
- b. Mendukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
- c. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
- d. Menganjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.

- e. Menganjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
- f. Menganjurkan asupan cairan per oral (minum).
- g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai (5 menit).
- h. Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran untuk primipara atau 60 menit (1 jam) meneran untuk multipara.
- i. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman. Jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi dan beristirahat diantara kontraksi.
 - ii. Persiapkan pertolongan kelahiran bayi.

R/Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai peralatan yang dipakai untuk menolong.

1. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
2. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

3. Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.
4. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

iii. Persiapkan pertolongan kelahiran.

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.

9. Kelahiran kepala.

1. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.
2. Menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain/ kasa bersih.
3. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai

jika haln itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

- a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
- b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

4. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan.

- a. Dengan lembut menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawaharcuspubis .
- b. Menggerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu beakang

5. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan ke bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawaharcuspubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

10. Lahirnya badan dan tungkai.

1. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawahkearah perineum ibu untuk

menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

2. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkantanangan yang ada diatas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

ii. Penanganan bayi baru lahir.

R/ Penanganan BBL yang bebar akan mencegah terjadinya hipotrermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

1. Lakukan penilaian (selintas).

- a. Apakah bayi menagis kuat dan atu bernapas tanpa kesulitan?
- b. Apakah bayi bergerak dengan aktif?

11. Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atu mega-megap, lakukan langkah resutitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

1. Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. mengganti handuk basah dengan handuk bersih dan membeiaraka bayi tengkurap di atas perut ibu.
2. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
3. Memberi tahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
4. Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
5. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

6. Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

- a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
- b. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

7. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

- a. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
- b. Bayi menyusui dini sekitar 30-60 menit pertama, biarkan tetap berada di dada ibu selama 1 jam.

ii. Manajemen Aktif Kala III

R/ Untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta.

1. Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.
2. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.
3. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversiauteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

b) Mengeluarkan plasenta.

R/Masase uterus untuk merangsang kontraksi uterus.

1. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas,

mengikuti proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

c) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.

d) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.

- i. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.
- ii. Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
- iii. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- iv. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
- v. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

1. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan.

Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau

steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

12. Rangsangan taktil (massage uterus).

1. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

ii. Menilai perdarahan.

1. Memeriksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

2. Mengevaluasi kemungkinan laserasi (robekan) pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

iii. Melakukan prosedur pasca salin.R/Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

1. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

2. Mencekupkan sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5%, membersihkan noda darah dan cairan dari tubuh. Melepas sarung tangan secara terbalik lalu dicelupkan ke larutan clorin 0,5% dan direndam selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih.

b) Evaluasi

1. Memastikan kandung kemih ibu kosong
2. Ajarkan ibu dan keluarga cara masage uterus dan menilai kontraksi.

3. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

4. Memeriksa keadaan ibu dan tiap 15 menit selama 1 jam pertama

postpartum dan tiap 30 menit selama jam kedua postpartum.

- a. Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam postpartum.
- b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

5. Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36° - $37,5^{\circ}$ C). Jika bayi sulit bernapas, merintih, retraksi segera diresusitasi dan dirujuk ke RS.

c) Kebersihan dan Keamanan

1. Menempatkan semua peralatan bekas pakai kedalam larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit), lalu cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
2. Membuang (kasa yang terkontaminasi) kedalam sampah medi, pisahkan sampah medis dan non medis.
3. Bersihkan ibu jari yang terpapar/ terkontaminasi dengan air DTT, lalu bersihkan cairan ketuban, lendir, dan

darah dari ranjang/ sekitar ibu berbaring.

Memakaikan ibu pakaian yang bersih dan kering.

4. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberi ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu

5. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

6. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

7. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih.

8. Pakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.

9. Dalam 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan vitamin

K1 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral. Pernapasan bayi (normal 40-60 kali/menit), dan suhu bayi (normal 36,5°C - 37°C) setiap 15 menit.

10. Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

- a. Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.
- b. Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusu dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.

11. Lepas sarung tangan dan dekontaminasikan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

12. Cuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air mengalir lalu keringkan dengan handuk bersih dan kering.

13. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV

b) Masalah dalam Kala I :

1. Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan: Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria: Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2010):

a) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

b) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

c) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan

R/Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

2. Masalah nyeri punggung

Tujuan: Ibu merasa nyeri terhadap proses persalinan

Kriteria:

a) Nyeri punggung berkurang

b) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

1. Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

2. Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

3. Berikan usapan punggung

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

4. Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipás

R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

5. Pemberian kompres panas pada punggung

R/Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

b) Masalah pada Kala II :Kekurangan cairan

1. Kekuranga cairan

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

- a. Nadi 76-100 x/menit
- b. Urin jernih, produksi urine 30cc/jam

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

c. Anjurkan ibu untuk minum

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

d. Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam
R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

e. Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi.

2. Kram Tungkai (Varneydkk, 2007: 722)

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : Sirkulasi darah lancar

Intervensi :

- a. Luruskan tungkai ibu inpartu
- b. R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah.
- c. Atur posisi dorsofleksi

R/Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

d. Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/ Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

3. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

Tujuan : Dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria :

- a. Bayi menangis kuat
- b. Bayi bergerak aktif

Intervensi menurut Kepmenkesno 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan:

- c. Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi
R/Tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi.
- d. Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat.

- e. Boundingattachment dan lakukan IMD

R/Boundingattachment dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. Sedangkan IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

- f. Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg

R/Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial.

- g. Berikan salep mata

R/ Salep mata sebagai profilaksis.

d) Masalah Pada Kala III :

1. Retensio plasenta

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria : Placenta tidak ada yang tertinggal

Intervensi menurut Holmes (2012), yaitu:

- a. Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.

- b. Coba lakukan plasenta manual bila terjadi perdarahan

R/ Plasenta manual dapat membantu mengeluarkan plasenta yang tidak lahir dalam waktu 30 menit

- c. Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual karena tidak terjadi perdarahan maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas/ kompetensi kegawatdaruratan obstetri.

R/ Melakukan rujukan adalah jalan apabila plasenta manual tidak bisa dilakukan.

- d. Dampingi ibu ke tempat rujukan.

R/ Rujukan memerlukan pendampingan bidan

e) Masalah Pada Kala IV :

1. Terjadinya atoniauteri

Tujuan : Atoniauteri dapat teratasi

Kriteria :

Kontraksi uterus baik, keras dan bundar Perdarahan < 500 cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008), yaitu:

- a. Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.

R/ Kompresi Bimanual Interna dapat membantu mengurangi perdarahan yang dikarenakan oleh atoniauteri.

- b. Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksternal (KBE) . Berikan

suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan 500 cc larutan Ringer Laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.

R/ Kompresi Bimanual Ekterna merupakan cara apabila KBI tidak berhasil mengurangi perdarahan karena atonia uteri

- c. Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar lakukan kompresi aorta abdominalis.

R/ Kompresi aorta abdominalis merupakan usaha untuk menghentikan perdarahan apabila dengan KBI dan KBE tidak berhasil.

- d. Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah. Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

R/ Rujukan yang segera pada ibu dapat meminimalkan resiko kegawatdaruratan pada ibu.

2. Robekan vagina, perineum atau serviks (Varney, 2007)

Tujuan : Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria :

Vagina dan perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik

Perdarahan < 500 cc

Intervensi menurut Varney (2007), yaitu:

- a. Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul. Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

R/ Penjahitan perineum adalah usaha untuk menghentikan perdarahan yang dikarenakan oleh robekan vagina, perineum atau serviks.

- b. Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

- c. Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.

R/ Pemasangan infuse dapat mengganti cairan / darah yang dikeluarkan

- d. Pasang tampon

R/ Mengurangi darah yang keluar

- e. Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdarurat obstetri. Dampingi ibu ke tempat rujukan

R/ Melakukan rujukan segera dapat meminimalkan resiko kegawatdaruratan pada ibu.

6) Penatalaksanaan tindakan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidencebased kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

Ada lima aspek dasar atau lima Benang Merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiappersalinan, baik normal maupun patologis.

7) Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

8) Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

- a) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
- b) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
 - S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa
 - O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
 - A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
 - P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh
- c) perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ followup dan rujukan.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Nifas

A. Data subjektif

1. Identitasa

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam pemberian penanganan (Anggraini, 2010).

2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa. (Ambarwati, 2011).

4) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

5) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Anggraini, 2010).

6) Alamat

Bermanfaat untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan

2. Keluhan utama

Menurut Varney, (2010), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut :

1) Nyeri setelah bayi lahir

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada wanita dengan paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sementara-sementara) berbeda pada wanita primipara yang tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermitten. Nyeri setelah lahir akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik, yang memerlukan kandung kemih kosong.

2) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke 3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

4) Nyeri perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa perineum untuk menyingkirkan kemungkinan adanya komplikasi.

3. Riwayat kesehatan

Manuaba (2010) menjelaskan penyakit-penyakit yang mempunyai pengaruh terhadap kehamilan, persalinan dan nifas adalah :

1) Penyakit jantung

Keluhan utama yang dikemukakan meliputi cepat merasa lelah, jantung berdebar-debar, sesak napas disertai sianosis (kebiruan), edema tungkai atau terasa berat pada kehamilan muda, dan mengeluh tentang bertambah besarnya rahim yang tidak sesuai.

2) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan yaitu dibagi menjadi hipertensi esensial, dan hipertensi karena penyakit ginjal.

3) Tuberkulosis

Gejala penyakit ini adalah batuk menahun dan bercampur darah. Ibu dengan tuberkulosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi.

4) Asma

Penyakit asma dalam kehamilan kadang-kadang bertambah berat atau malah berkurang. Penyakit asma banyak pengaruhnya terhadap kehamilan.

5) Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Pengaruh anemia pada kehamilan dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, perdarahan antepartum, dan ketuban pecah dini.

4. Riwayat obstetri

1) Riwayat menstruasi

Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama perdarahan.

Dan tentang haid meliputi; menarche, banyak darah, sifatnya darah (cair atau bebeku-beku, warna, bau), serta haid nyeri atau tidak dan kapan terakhir (Marmi, 2011).

2) Riwayat nifas lalu

Menurut Saifuddin (2008), anamnesis riwayat obstetri yang lalu yaitu jumlah kehamilan, jumlah persalinan, jumlah persalinan cukup bulan dan prematur, jumlah anak hidup, jumlah keguguran, jumlah aborsi, perdarahan pada kehamilan, berat bayi <2,5 Kg atau >4 Kg, adanya masalah selama kehamilan hingga nifas

3) Riwayat nifas sekarang

Masa puerperium diikuti pengeluaran cairan sisa lapisan endometrium dan sisa dari tempat implantasi plasenta disebut lokia. Pengeluaran lokia dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya adalah lokia rubra (kruenta), keluar dari hari ke-1 sampai 3 hari, berwarna merah da hitam, da terdiri dari sel desidua, vernikskaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah. Lokia sanguinolenta, keluar dari hari

ke-7 sampai 14 hari, berwarna kekuningan. Lokia alba, keluar setelah hari ke 14, berwarna putih.

4) Riwayat KB

Kontrasepsi tidak diperlukan dalam 3 minggu pertama pascapartum karena pada semua wanita terjadi penundaan pemulihan ovulasi. Setelah waktu ini, ovulasi dapat pulih kembali tanpa dapat diduga pada wanita yang menyusui, bergantung pada variasi biologik individual serta intensitas menyusui. Kontrasepsi khusus progestin, termasuk pil mini, medroksiprogesteron depot, dan implan levonorgestrel tidak mempengaruhi kualitas susu dan meningkatkan; meskipun sedikit volume susu; oleh karena itu, kontrasepsi khusus-progestin merupakan kontrasepsi pilihan bagi wanita yang menyusui.

5. Pola kebiasaan

a) Nutrisi

Ibu yang menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.

Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui)

b) Eliminasi

Segera setelah pascapartum kandung kemih edema, mengalami kongesti dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik.

Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pascapartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan

c) Personal hygienen

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap,

sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea

d) Pola istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Istirahat 6-8 jam jika bayi tidur ibu ikut tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

e) Aktivitas sehari-hari

Pada persalinan normal dan keadaan ibu normal, biasanya ibu diperbolehkan untuk mandi dan ke WC dengan bantuan orang lain, yaitu pada satu atau 2 jam setelah persalinan. Sebelum waktu ini, ibu harus diminta untuk melakukan latihan menarik nafas dalam serta latihan tungkai yang sadarhانا dan harus duduk serta mengayunkan tungkainya di tepi tempat tidur

f) Aktivitas seksual

Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan

tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2010).

6. Riwayat psikologi

Satu atau dua hari postpartum, ibu cenderung pasif dan tergantung. Ia hanya menuruti nasihat, ragu-ragu dalam membuat keputusan, masih berfokus untuk memenuhi kebutuhannya sendiri, masih menggebu membicarakan pengalaman persalinan. Periode ini diuraikan oleh Rubin terjadi dalam tiga tahap:

a) Taking in

- a. Tingkah laku ibu tergantung orang lain dan hanya fokus pada dirinya sendiri.
- b. Terjadi pada 1-2 hari sesudah melahirkan.
- c. Mengenang pengalaman melahirkan.
- d. Nafsu makan bertambah.

b) Takinghold

- a. Terjadi pada 2-4 hari postpartum
- b. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan untuk merawat bayi
- c. Perhatian terhadap fungsi-fungsi tubuh
- d. Terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi.

c) Lettinggo

- a. Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- b. Ibu mengambil tanggungjawab terhadap perawatan bayi.
- c. Pada periode ini umumnya terjadi depresi postpartum.

B. Data objektif

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis (Manuaba, 2010).

2. Tanda tanda vital

a. Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, 2010)

b. Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal

tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat (Varney, 2010).

c. Suhu

Manuaba (2012) menambahkan bahwa segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh tapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi.

d. Pernafasan

Fungsi pernapasan kembali pada rentang normal selama jam pertama pasca partum

3. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

b. Muka

c. Mata

Untuk mengidentifikasi adanya tanda anemia, eklamsiapostpartum bias terjadi 1-2 hari postpartum (Anggraini, 2010).

d. Hidung

Untuk mengetahui adanya pernafasan cuping hidung atau tidak, bersih atau tidak, adanya sekret atau tidak

e. Mulut

Untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut lihat warna bibir apakah ada stomatitis apa tidak. Untuk mengetahui adanya karises gigi.

f. Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, berbentuk simetris

g. Leher

Untuk mengkaji adanya infeksi traktus pernafasan, jika ada panas sebagai diagnose banding. Inspeksi leher untuk melihat bentuk dan kesimetrisan leher serta pergerakannya

h. Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu: puting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI.

i. Dada

Pernafasan teratur, tidak ada wheezing (ronchi) berhubungan dengan penyakit saluran pernafasan.

j. Abdomen

Setelah plasenta lahir TFU \pm 2 jari bawah pusat (Wiknjosastro, 2010). Kontraksi uterus baik artinya uterus menjadi keras, atau kontraksi lembek, uterus terasa lemah.

Setelah janin dilahirkan fundus uteri kira-kira setinggi pusat, segera setelah plasenta lahir TFU 2 jari bawah pusat. Pada hari ke 5 postpartum uterus setinggi 7 cm di atas simpisis atau setengah simpisis pusat, sesudah 12 hari uterus tidak dapat diraba lagi di atas simpisis.

k. Genitalia dan anus

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama setelah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5 perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan (Sukarni, 2013).

Menurut Manuaba (2010), pengeluaran lochia dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya yaitu lochia rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3 hari, berwarna merah dan hitam dan terdiri dari sel desidua, vernikskaseosa, rambut

lanugo, sisa mekonium, sisa darah, lokia sanguinolenta, keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah, lokia serosa, keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan, lokia alba, keluar setelah hari ke 14, berwarna putih.

l. Kandung kemih

Terjadi beberapa perubahan penting setelah persalinan diantaranya makin meningkatnya pembentukan urine untuk mengurangi hemodilusi darah (Manuaba, 2012).

m. Ekstermitas

Normal, tidak terdapat flagmasia albadolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat. Memeriksa adanya tromboflebitis, edema, menilai pembesaran varices, dan mengukur reflek patela (jika ada komplikasi menuju eklampsia postpartum).

4. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli jika ada indikasi. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut tidak anemia jika Hb ≥ 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%,

anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba, 2012)

C. Analisa data

Analisa data merupakan pendokumentasian hasil analisa dan kesimpulan dari data subjektif dan objektif mencakup diagnosa masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untukantisipasi diagnosa masalah potensial.

D. Diagnosa kebidanan

Diagnosa P...A... hari ... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Marmi, 2012: 183). PAPIAH, postpartum hari ke, laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, afterpain, pembengkakan payudara (Varney, Kriebs dan Gegor, 2010).

E. Intervensi

Diagnosa : PAPIAH, postpartum hari ke, laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, afterpain, pembengkakan payudara

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria :

- 1) Keadaan umum : kesadaran komposmetis (Manuaba, 2010: 114).
- 2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

3) Tanda-tanda vital:

- a. T : 110/70-130/90 mmHg
- b. N : 60-80 x/menit
- c. S : 36-37,50C
- d. R : 16-24x/menit

Laktasi normal

Menurut Marmi (2015: 32) ASI dibedakan menjadi 3 stadium:

- a) Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, dan lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.
- b) ASI transisi atau perlihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.
- c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan tidak menggumpal bila dipanaskan.

Lochea normal :

Lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3 hari, berwarna merah dan hitam, lochea sanguinolenta keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah, lochea serosa keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna

kekuningan, locheaalba keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba, 2010: 201).

KU bayi baik

a) R : 30-60x/menit

b) S : 36,5-37,50C

Intervensi :

1) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi

2) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2010: 377).

3) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas.

R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis

4) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2012: 89)

5) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan.

Masalah

Kemungkinan masalah :

Masalah : Eliminasi BAB (Konstipasi)

Tujuan : Masalah teratasi tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dengan lancar.

Intervensi menurut Purwanti (2012: 88), antara lain :

- 1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ Pasien tidak akan menahan diri untuk BAB jika terasa.

- 2) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ Menghilangi rasa takut pada pasien untuk melakukan buang air.

- 3) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ Membantu memperlancar eliminasi BAB.

Masalah : Eliminasi BAK (RetensioUrinaria)

Tujuan : Masalah teratasi tidak terjadi retensiourin

Intervensi menurut Purwanti (2012: 89)

- 1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ Pasien tidak akan menahan diri untuk BAK jika terasa

- 2) Jelaskan pada ibu bahwa dengan BAK tidak mempengaruhi luka jahitannya.

R/ Mengurangi ketakutan pada ibu.

Masalah : Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

- 1) Observasi luka jahitan perineum.

R/ Untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi.

- 2) Anjurkan ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat.

R/ Mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.

- 3) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ Ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- 4) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/ Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

F. Implementasi

Bidan melaksanakan asuhan kebidanan secara komprehensif efektif, efisien dan aman berdasarkan evidencebased kepada pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Didasarkan mandiri kolaborasi dan rujukan (Kemenkes, 2010)

G. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan asuhan yang diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

H. Dokumentasi

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan yang ditemukan :

Pencatatan segera dilakukan setelah melaksanakannya asuhan formulir yang tersedia

S : data subjektif mencatat hasil anamnesa

O : data objektif mencatat hasil pemeriksaan

A : hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : penatalaksanaan mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan

Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan KB

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Bayi Baru Lahir

A. Data subjektif

1) Identitas

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi yang tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi.

(Manuaba, 2010)

2) Keluhan utama

Terjadinya seborrhea, millariassis muntah gumoh oral thush.(Marmi, 2012)

3) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir dan perkiraan kehamilan. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah yang ada. (Varney. 2010)

4) Riwayat natal

Usia gestansi pada waktu kelahiran bayi, lama persalinan persentase janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu dan cairan amniotomi yang berbau adalah faktorresikosingnifikan terjadinya infeksi neonatal (Walsh,2012)

5) Riwayat post natal

Bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain seperti

menghisap, kemampuan untuk menelan kesadaran, berkemih dan mengeuarkanmeconium (Varney, 2010)

6) Riwayat imunisasi

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi segera setelah lahir menggunakan uniject

7) Pola kebiasaan

1) Nutrisi

Pada hari-hari pertama kelahiran bayi, apabila pengisapan puting susu cukup adekuat maka akan dihasilkan secara bertahap 10-100 ml ASI. Produksi ASI akan optimal setelah hari 10-14 usia bayi. Bayi sehat akan mengkonsumsi 700-800 ml ASI per hari (kisaran 600-1000 ml) untuk tumbuh kembang bayi. (saifuddin, 2013)

2) Eliminasi

Bayi mempunyai feces lengket berwarna hitam kehijauan selama dua hari pertama, ini disebut mekoneum. Feces bayi yang diberi ASI akan berubah warna jadi hijau-emas, lunak dan terlihat seperti bibit (seedy). Bayi akan BAB 1 sampai 4 kali per hari dan BAK 4-5 kali/hari. Saifuddin,2013)

3) Istirahat

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering waktu tidur 45 menit sampai 2 jam.

4) Personal hygiene

Bayi di mandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat.

5) Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.

6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga mendapat pola tidur yang lebih baik.

B. Data objektif

1) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu 36,50C – 37,50C.

(Varney,2013)

2) Tanda tanda vital

1) Penafasan

Laju nafas bayi normalnya 40-60 kali per menit

2) Suhu

Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang 36,5-37,5°C.

3) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit-120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit.

3) Antropometri

1) Berat badan

Dalam tiga hari pertama berat badan akan turun oleh karena bayi mengeluarkan air kencing dan mekonium, sedang cairan yang masuk belum cukup. Turunnya berat badan tidak lebih dari 10%, berat badan akan naik lagi pada hari ke-4 sampai hari ke-10 dan seterusnya.

2) Panjang badan

Panjang bayi rata-rata 50 cm, dengan kisaran normal 48-52 cm. Pertambahan panjang yaitu 2 cm per bulan pada 6 bulan pertama.

3) Ukuran kepala

Ukuran-ukuran kepala bayi normal aterm:

Dimetersuboksipito-bregmatikus : $\pm 9,50$ cm

Diameter oksipito-frontalis : $\pm 11,75$ cm

Diameter oksipitometalis :	$\pm 13,50$ cm
Diameter submento-bregmatika :	$\pm 9,50$ cm
Diameter biparietalis :	$\pm 9,50$ cm
Diameter bitemporalis :	± 8 cm
Sirkumferensiasuboksipito-berghmatikus :	32 cm
Sirkumferensiasubmento-bregmatikus :	± 32 cm
Sirkumferensiaoksipitofrontalis :	± 34 cm
Sirkumferensiamento-oksipitalis :	± 35 cm

4) Lingkar dada : $\sim 33-38$ cm

5) Lingkar lengan : ± 11 cm

4) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Besar, bentuk, molding, sutura tertutup/melebar, kaputsuksadenum, hematoma, dsb (Winkjosastro, 2010)

2) Mata

Diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu. Kaji perdarahan subkonjungtiva, mata yang menonjol, katarak dan lain-lain

3) Hidung

Pemeriksa harus memblok setiap lubang hidung ketika mulut bayi tertutup untuk menjamin bahwa aliran udara mengalir dengan bebas melalui lubang hidung yang lain.

4) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna. Kaji labioskisis, labiogenatopalatoskisis, toothbuds dan lain-lain.

5) Leher

Seluruh leher harus diinspeksi dan dipalpasi. Bayi harus mempunyai rentang gerak penuh dan simetris .

6) Dada

Dada bayi dikaji dengan menggunakan inspeksi, palpasi, dan auskultasi. Bentuk torak harus dikaji. Prosesus xifoideus mungkin terlihat pada neonatus normal karena tipisnya dinding dada. Posisi payudara dan puting harus dikaji. Jantung diamati pulsasi, frekuensi jantung, kelainan bunyi jantung.

7) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis. Tali pusat tidak berdarah, warna tali pusat tidak pucat atau merah, jumlah pembuluh darah normal, tidak ada pembuluh darah yang putus, tidak ada hernia di pusat atau di selangkang.

8) Genetalia

1) Laki-laki

Lokasi meatus uretra harus diperiksa pada neonatus laki laki. Meatus ini harus tepat diujung penis. Pemeriksa harus menetapkan lokasi kedua testis

2) Perempuan

Pada bayi perempuan, tonjolan labiamayora, minora, dan klitoris harus diperhatikan

9) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, mengalami kebuntuan/ tidak

10) Ekstermitas

1) Atas

Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari.

2) Bawah

Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital.

11) Kulit dan kuku

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (*CutisMarmorata*), telapak tangan telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning.

5) Pemeriksaan neologis

Beberapa reflek pada bayi yaitu:

1) Refleks morro/kaget

Didapat dengan cara memberikan isyarat kepada bayi, dengan satuteriakn kencang atau gerakan yang mendadak. Tangan pemeriksa menyangga pada punggung dengan posisi 45 derajat, dalam keadaan rileks kepala dijatuhkan 10 derajat, normalnya akan terjadi abduksi sendi bahu dan ekstensi lengan

2) Refleks rooting/mencari

Cara mengukurnya dengan gores sudut mulut bayi garis tengah bibir. Pada kondisi normal bayi memutar kearah pipi yang digores, reflex ini menghilangpada usia 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai usia 12 bulan khususnya menunjukkan adanya gangguan neurologis berat

3) Refleks sucking/menghisap

Dilihat pada saat bayi menyusu

4) Refleks Swallowing (menelan)

Dilihat pada saat benda-benda didekatkan pada bayi kemulutnya, memungkinkan bayi memasukkan makanan secara permainan tetapi berubah sesuai pengalaman

5) Refleks tonicneck/menoleh

Cara mengukurnya dengan memutar kepala dengan cepat ke satu sisi. Pada kondisi normal bayi melakukan perubahan posisi bila kepala diputar ke satu sisi, lengan dan tungkai ekstensi kearah sisi putaran kepala dan fleksi pada sisi yang berlawanan, normalnya Refleks ini tidak terjadi setiap kali kepala diputar. Tampak kira-kira pada usia 2 bulan dan menghilang pada usia 6 bulan. Kondisi patologis bila respon terjadi setiap kali diputar, jika menetap adanya kerusakan serrebral mayor

6) Refleks grasp (palmar)/menggenggam

Bayi akan menggenggam kuat saat pemeriksa meletakkan jari telunjuk pada telapak tangan yang ditekan kuat

7) Refleks neckrighting/gerakan leher dan bahu

Pada posisi telentang, ekstremitas di sisi tubuh di mana kepala menoleh mengalami ekstensi, sedangkan di sisi tubuh lainnya fleksi. Tonus otot dapat dilihat pada respons bayi terhadap gerakan pasif

8) Refleksi galanfs/gerakan punggung

Cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari sampai bokong. Pada kondisi normal punggungbergerakkearah samping bila distimulasi, dijumpai pada usia 4-8 minggu pertama.kondisi patologis bila tidak adanya reflex menunjukkan lesi medulaspinalistranversal

9) Refleksi ekstruksi/menjulurkan lidah

Cara mengukur dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi ini normal lidah ekstensi kearah luar biladisentuh, dijumpai pada usia 4 bulan. Kondisi patologis bila ekstensi lidah persisten adanya sindrom Doen

10) stepping/melangkah

Jika disangga pada posisi tegak dengan kakinya. Menyentuh permukaan datar, bayi seperti mencoba berjalan . jika digendong dengan tibia menyentuh ujung meja, bayi akan mencoba menaiki meja tersebut reflex perubahan ekstremitas

11) Refleksi babinski/jari kaki

Cara mengukur dengan gores telapak kaki sepanjang tepi luar. Dimulai dari tumit. Pada kondisi normal jari laki mengembang dan ibu jari kaki dorso fleksi, dijumpai sampai usia 2 tahun. Kondisi patologis bila perkembangan

jari kaki dorso fleksi setelah 2 tahun, adanya tanda lesi ekstrapiramidal

C. Diagnosa kebidanan

Neonates usia 0-28 hari jenis kelamin laki-laki/perempuan keadaan umum baik, kemungkinan masalah, hipotermi, ikterus, gumoh dan muntah, seborrhea

D. Perencanaan

Diagnosa : NCB SMK Usiajam/hari

Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ektrauterin tanpa terjadi komplikasi.

Kriteria :

- 1) Keadaan umum baik dan TTV normal
- 2) S : 36,5-37,5 oC
- 3) N : 120-160 x/menit
- 4) RR : 40-60 x/menit
- 5) Bayi menyusu kuat
- 6) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi menurut Marmi (2012) adalah:

- 1) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering

R/: Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi.

- 2) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua

R/: Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- 3) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.

R/: Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung

- 4) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering

R/ : Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat.

- 5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik

R/: Suhu normal bayi adalah 365-375 oC. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi.

- 6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir

R/: Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah

Masalah : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria : Suhu bayi 365-375 0C dan tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh teraba dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema

Intervensi menurut Marmi (2012), yaitu:

- 1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit

R/ : Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

2) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/: Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ : Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

Masalah : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria : Kadar bilirubin serum $<12,9$ mg/dL dan tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urin.

Intervensi menurut Marmi (2012), yaitu:

1) Mengkaji faktor-faktor risiko

R/ : Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

2) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/ : Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin (kernikterus).

3) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/ : Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney, 2010)

4) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ : Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

Masalah : Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria : Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala dan kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

Intervensi menurut Manuaba, 2010).

- 1) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/ : Shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

- 2) Oleskan krim hydrocortisone.

R/ : Krim hydrocortison biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

- 3) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan.

R/ : Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

- 4) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ : Penatalaksanaan lebih lanjut

E. Implementasi

Bidan melaksanakan asuhan kebidanan secara komperhensif, efisien, efektif, dan aman berdasarkan evidencebased kepada pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dan dilaksanakan secara mandiri kolaborasi dan rujukan

F. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan unruk melihat keefektifan dari asuhan yang telah diberikan sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi pasien dan perkembangan pasien. Hasilnya akan dicatat dan dikomunikasikan kepada pasien dan keluarga .

G. Dokumentasi

Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

Menurut Kemenkes RI (2010), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P: Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan.

2.2.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Data subjektif

1. Identitas

1) Nama

Nama jelas dan lengkap bila perlu nama panggilan sehari-hari supaya tidak ketuker.

2) Umur

Pada wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi guna untuk menunda kehamilan usia 20-35 untuk menunda kehamilan. Dan pada usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan.

3) Agama

Untuk mengetahui kepercayaan pasien dalam membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa

4) Pendidikan

Semakin rendah pendidikan masyarakat semakin efektif metode KB yang dianjurkan.

5) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk atau mereka yang jadwalnya tidak diduga.

6) Alamat

Untuk mengetahui gambaran jarak dan waktu tempuh pasien dalam menuju lokasi.

2. Keluhan utama

Pada umumnya klien pascapersalinan ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun lagi, atau tidak ingin tambah anak lagi (Saifuddin, 2010).

3. Riwayat kesehatan

Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak dipergunakan oleh ibu penderita kanker payudara atau penyakit kanker, kontrasepsi implant dapat digunakan oleh ibu yang menderita tekanan darah tinggi dengan masalah pembekuan darah. Kontrasepsi pil progestin tidak boleh digunakan oleh wanita penyakit stroke, jantung, kanker payudara. Pada pasien kelainan jantung derajat III dan IV sebaiknya menggunakan AKDR, tubektomi/vasectomi.

4. Riwayat kebidanan

Pada ibu bersalin tidak mengalami menstruasi dan dapat langsung menggunakan KB MA. Ketika ibu mengalami menstruasi maka ibu bias menundanya kembali dan harus segera mulai menggunakan KB lain selain MAL.

5. Riwayat KB

Penggunaan KB suntik dapat digunakan pada aseptor, pasca keguguran, tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis

kontrasepsi tersebut. Asien pernah mengalami ekspulsi AKDR ketidaknyamanan mengetahui tanda-tanda bahaya dari AKDR.

6. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Intensitas konsumsi makanan dan minuman yang sering perlu diwaspadai sebagai tanda gejala penyakit diabetes.

Menurut Saifuddin (2010) penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita diabetes melitus.

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progesterin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2010).

3) Istirahat

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010).

4) Pola seksual

Dapat berhubungan seksual dengan MAL setelah 40 hari postpartum karena MAL menjadi alat kontrasepsi yang mengandalkan ASI dan tidak mengganggu senggama (Hidayati, 2010).

5) Personal hygiene

Kebersihan perlu lebih diperhatikan karena pada pemakaian IUD potensial PID lebih tinggi (Saifuddin, 2010).

7. Riwayat ketergantungan

- 1) Efektivitas implan menurun bila menggunakan obat-obat TBC dan epilepsi
- 2) Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2010).

B. Data objektif

Pemeriksaan umum

1. Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg.

2) Nadi

Nadi. Denyut nadi ireguler (aritmia) menunjukkan klien kemungkinan mengidap kelainan jantung (Saifuddin, 2010).

3) Suhu

Suhu normal 36–37°C, pada akseptor dengan radang panggul akan terjadi kenaikan suhu mencapai 38°C atau lebih (Hartanto, 2013).

2. Antropometri

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1–5 Kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2010: 171). Salah satu keterbatasan kontrasepsi hormonal yaitu terjadi peningkatan/penurunan berat badan. Ibu dengan obesitas tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi hormonal (Manuaba, 2010).

3. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran kepala, bentuk, kontur, kesimetrisan wajah lokasi dan nyeri pada sinus frontal dan maksil (Varney, 2010)

b. Muka

Akan timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, namun keterbatasan ini jarang terjadi (Sulistiawati, 2013).

c. Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010).

d. Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan meliputi nasaf cuping hidung, ukuran, letak, kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan.

e. Telinga

Observasi yang dilakukan meliputi pembesaran atau nyeri tekanan pada mastoid, ketajaman pendengaran, bentuk, lesi, dan benjolan.

f. Leher

Tidak ditemukan penegangan vena jugularis, tidak pembengkakan pada kelenjar tyroid dan limfe (Saifuddin, 2010).

g. Payudara

a) Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau cervix, malah progesterone termasuk DMPA dapat digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013).

b) Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010).

- c) Terdapat benjolan/kanker payudara/riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implan maupun progestin (Saifuddin, 2010).

h. Abdomen

- a) Dapat terjadi kram abdomen sesaat setelah pemasangan AKDR. Pastikan dan tegaskan adanya penyakit radang panggul dan penyebab lain dari kekejangan. Apabila klien mengalami kejang yang berat, lepaskan AKDR (Saifuddin, 2010).
- b) Bila ditemukan pengguna implan disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010)

i. Genetalia

- 1) DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan, amenorea (Hartanto, 2010).
- 2) Dampak yang ditimbulkan dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Saifuddin, 2010).
- 3) Kondisi yang memerlukan perhatian khusus saat tindakan vasektomi adalah adanya temuan berupa undensustestikularis, hidrokkel/varikokel, massa

intraskrotalis atau hernia inguinalis (Margareth, 2013).

j. Ekstermitas

Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010). Lokasi yang biasanya digunakan untuk penanaman kapsul adalah bagian dalam lengan atas yang tidak dominan, walaupun implan sebenarnya dapat dimasukkan dibagian tubuh yang lain (misal: bokong, abdomen bagian bawah, tungkai atas). Lengan atas bagian dalam merupakan area tubuh yang terlindungi, mudah dijangkau untuk memasang dan kembali melepas implan, tidak terlalu terlihat dan mudah dijangkau oleh klien saat melakukan perawatan pascainsersi dan pasca pelepasan..

4. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan inspeksi

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina, selain itu juga untuk mengetahui adanya tanda-tanda kehamilan.

C. Dignosa kebidanan

PAPIAH umur 15-49 tahun, calon peserta KB pasca salin, keadaan umum baik, tidak ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi pasca salin, prognosa baik

Intervensi

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik.

Prognosa baik.

Tujuan :

- 1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- 2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, carakerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- 3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria :

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- 3) Ibu kelihatan tenang

D. Perencanaan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidencebased kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kemenkes RI, 2011).

E. Implementasi

Bidan melaksanakan suhan kebidanan secara komperhensif efektif, efisien, dan aman berdasarkaebased kepada pasien dalam bentuk upaya

promotif kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri kolaborasi dan rujukan (Kemenkes RI, 2010)

F. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien

G. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2010), evaluasi ditulis dalam bentuk : catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P: Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan